



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO**
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

**El mundo de los consumidores de drogas ilícitas en una
institución total: situación de los internos en el Centro Estatal
para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA), Pachuca de
Soto, Hidalgo.**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO (A) EN CIENCIAS SOCIALES**

Presenta:

LIC. CÉSAR ANGELES GARCÍA

Director de Tesis:

DR. CARLOS MEJÍA REYES

Codirector de Tesis:

DRA. HILDA ELEONORA VALLET

Pachuca de Soto, Hidalgo, febrero 2019.



MTRO. JULIO CÉSAR LEINES MEDÉCIGO
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE.

Estimado Maestro:


Sirva este medio para saludarlo, al tiempo que nos permitimos comunicarle que una vez leído y analizado el proyecto de investigación titulado **"El mundo de los consumidores de drogas ilícitas en una institución total: situación de los internos en el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA), Pachuca De Soto, Hidalgo"**, que para obtener el grado de Maestro en Ciencias Sociales presenta el Lic. **César Ángeles García**, matriculado en el Programa de **Maestría en Ciencias Sociales**, 8va. Generación (2017-2018), con número de cuenta 232361; consideramos que reúne las características e incluye los elementos necesarios de un trabajo de tesis, por lo que, en nuestra calidad de sinodales designados como jurado para el examen de grado, nos permitimos manifestar nuestra aprobación a dicho trabajo.

Por lo anterior, hacemos de su conocimiento que al alumno mencionado, le otorgamos nuestra autorización para imprimir y empastar el trabajo de Tesis, así como continuar con los trámites correspondientes para sustentar el examen para obtener el grado.

ATENTAMENTE

"Amor, Orden y Progreso"

Pachuca de Soto, Hgo., a 15 de enero de 2019.


DR. ALBERTO SEVERINO JAÉN OLIVAS
DIRECTOR

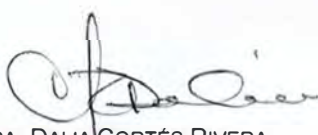




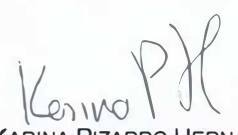
DR. CARLOS MEJÍA REYES
DIRECTOR DE TESIS



DRA. HILDA ELEONORA VALLET
CODIRECTORA



DRA. DALÍA CORTÉS RIVERA
LECTORA



DRA. KARINA PIZARRO HERNÁNDEZ
LECTORA



Carretera . Pachuca-Actopan, km. 4,s/n, Colonia San Cayetano Pachuca de Soto, Hidalgo, México;
C.P. 42084
Tel. 52 (771) 71 720 00, ext. 4239
myd_cs@hotmail.com

www.uaeh.edu.mx

Agradecimientos

En un trabajo de investigación como este, que trata sobre la multiplicidad de intercambio de efectos en la vida cotidiana, no terminaría de agradecer a todas las personas que han contribuido, de manera directa o indirecta, al desarrollo de este manuscrito, sin embargo, me gustaría hacer el intento. Antes que nada, me gustaría agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca de posgrado sin la cual no se hubiera podido desarrollar el trabajo que aquí presentamos. En ese sentido, me gustaría dar las gracias a la RED-ALEC (América Latina, Europa y el Caribe) de la Université de Limoges, Francia, por las facilidades de aportar elementos importantes al manuscrito final al asignarme como codirectora a la Dra. Hilda Eleonora Vallet cuyo contacto fue a través del director de esta tesis Dr. Carlos Mejía Reyes; a ambos les doy mi entera gratitud por su honesto y desinteresado apoyo hasta el final del escrito.

A la Dra. Karina Pizarro Hernández y a la Dra. Dalia Cortes Rivero, les agradezco todas las críticas y correcciones que fueron dando forma al manuscrito final, al igual que por su buena compañía y excelente orientación cuando me aventaba al barranco de las ideas mal fundamentadas; si algunos elementos faltaron en la tesis sobre sus comentarios, me gustaría trabajarlos posteriormente en publicaciones en revistas, disculpen la necesidad, trabajaré en ello.

Agradezco a mi apreciado amigo Luis Alberto Hernández Cerón las discusiones de pasillo, las noches de desvelo, el trabajo conjunto, por orientarme cuando tropecé en el camino de la sociología, por escuchar sin reclamos ni reproches cuando exponía mis ideas sobre el trabajo en general, sabiendo dar una solución oportuna a mis inquietudes teóricas y metodológicas; así como su compañía durante el trabajo de campo de esta tesis.

Un especial agradecimiento a mi maestro Adrián Galindo Castro, quien ha confiado en mi trabajo y siempre ha sido un ejemplo a seguir, a él le debo el querer ser un buen sociólogo.

A mis queridos padres y familiares, quienes me han apoyado en las adversidades personales y siempre me alentaron a no soltar las riendas cuando todo iba mal. Por cuidarme cuando paso alguna desgracia y por aguantar mi impertinencia. Si no fuera por su paciencia, cariño y apoyo jamás habría concluido esta tesis.

Por último, me gustaría agradecer las conversaciones y espacios prestados por los alumnos para la discusión sociológica, quienes siempre se mostraron abiertos a la sana discusión sobre el trabajo que aquí se presenta, en especial, gracias a Daniel (Dany-boy), Amanda (la Mandy), Jorge (el George), Adrián (el amiguito), a Oscar y a todos los consumidores(as) de sustancias ilícitas trabajadores y estudiantes que han compartido su experiencia durante estos últimos 7 años. Un agradecimiento especial a un excompañero de batallas en el mundo de las drogas, QEPD.

Si alguien faltó, le pido disculpas y agradezco todo el apoyo prestado. Espero que el trabajo que aquí se presenta sea de su agrado. A pesar de todo, parafraseando a David Matza, si el contenido de esta tesis falla, yo soy el único responsable.

Índice

Introducción.....	8
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	13
Apartado metodológico.....	13
Antes de continuar: El truco de relacionar objetivos con preguntas de investigación.....	17
La metodología como guía para el desarrollo y lectura de la investigación.....	19
Capítulo 1 La guerra contra el consumo de drogas ilícitas: proceso de transición de consumidor de drogas a criminal en un Estado Penitenciario.....	27
Nociones previas: Aspectos teóricos sobre la tesis.....	28
I. Institución.....	31
II. Interacción.....	36
III. Desviación.....	52
1.1 La dimensión del consumo.....	61
1.2 La guerra contra las drogas: la cruzada mundial de los valores norteamericanos.....	73
1.3 La criminalización de consumo de drogas en México: la cruzada moral de Felipe Calderón Hinojosa.....	77
1.3.1 Los tratados bilaterales México-Estados Unidos para el combate contra las drogas ilícitas.....	77
1.3.2 El impacto de la guerra de baja intensidad en la vida cotidiana de los consumidores de sustancias ilícitas como problema público.....	82
1.4 El Estado Penitenciario: de ser un consumidor de sustancias a ser un criminal.....	93
Capítulo 2 La cruzada moral contra el consumo de drogas: proceso de transición de ser un delincuente a ser un paciente mental.....	111
2.1 La dimensión de la adicción.....	114

2.1.1 La adicción en términos técnicos en la disciplina psiquiátrica: una revisión a los postulados de cómo debe ser entendida desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I al DSM IV).....	118
A) Dependencia a sustancias.....	122
B) Abuso de sustancias.....	130
C) Intoxicación por sustancias.....	131
D) Abstinencia por sustancias.....	135
2.2 La intervención de las disciplinas psicológica, psiquiátrica y médica para el tratamiento del consumo de drogas ilícitas.....	136
2.2.1 El mito de la enfermedad mental en el consumo de sustancias.....	141
2.3 Un acercamiento a la teoría del compromiso para desmitificar la enfermedad mental de la adicción.....	147
2.4 Consideraciones finales.....	156
Capítulo 3 El CEAIA como institución total para el tratamiento de las adicciones.....	161
3.1 La dimensión de los centros de atención a las adicciones.....	163
3.2 Acercamiento al concepto de drogodependencia en las instituciones encargadas de la terapia como el CEAIA.....	167
3.3 El internamiento terapéutico de los consumidores de sustancias ilícitas en una institución total: el enfoque del interaccionismo de la desviación.....	171
3.4 Características de un centro de rehabilitación para las adicciones: el CEAIA.....	175
3.4.1 Las regiones naturales de la institución.....	177
3.4.2 El ingreso al CEAIA como residente: inicio de la carrera moral de un consumidor enfermo.....	182
3.4.3 El tratamiento a la orden del día: el control de los tiempos en el paciente.....	193
3.4.4 Las formas de salida del CEAIA.....	199
Coda: consideraciones finales.....	204
Anexos.....	209
Bibliografía.....	228

Introducción.

Desde el siglo XX se inició lo que hoy en día conocemos como *guerra contra las drogas* que ha propiciado un ambiente hostil hacia los consumidores de drogas ilícitas. La agenda administrativa, desde la cruzada emprendida por el ex presidente Felipe Calderón Hinojosa, por parte del Gobierno Federal en México, se preocupa por combatir la criminalidad en torno al tráfico dichas sustancias¹ y a la persecución de las personas que las adquieren por ser concebidas como peligrosas para la salud y apoyar con su compra al crimen organizado. De esta manera, con de la firma de diez tratados internacionales por parte del gobierno mexicano para el combate contra las drogas, los comerciantes pasaron a ser considerados “traficantes” y los consumidores de esas drogas pasaron a ser “enfermos”, ambos con atributos desacreditadores exhibidos como “criminales” (Ángeles, 2015).

En ese sentido, únicamente cuando un consumidor de drogas ilícitas es exhibido como tal, atraviesa por dos situaciones extremas, lo cual también depende de quién, dónde y cuándo ha sido descubierto: puede ser visto como un desviado general con un potencial latente a cometer algún crimen y por ello es llevado a prisión o puede ser considerado como una persona que está atentando contra su integridad física, se le considera enfermo y es llevado a un centro de rehabilitación como lo es el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA)². Por tanto, esta investigación se orienta a los segundos; es decir, trata sobre las etapas secuenciales por las que atraviesa un consumidor³ cuando ha sido exhibido como tal y el proceso por el que atraviesa una persona cuando es internado en calidad de enfermo en el CEAIA.

Con base en lo anterior, en México se ha explorado el tema de las llamadas "drogodependencias" desde posturas psiquiátricas, médicas y psicológicas que enfocan su atención únicamente en el consumidor de lo que se ha llamado "drogas ilícitas"; en el campo de la sociología se ha hecho más o menos lo

¹ Esto incluye, además de la venta de esas sustancias, actos como la trata de personas, el secuestro, asesinatos, lavado de dinero entre otras.

² Esta aseveración fue extraída de una entrevista encubierta realizada en el CEAIA en el área de Trabajo Social y en la Dirección en enero de 2017.

³ Se utiliza consumidor indistintamente en términos de género para que la lectura de este texto no sea tediosa.

mismo, por lo regular en la parte que se enfoca en el estudio de las enfermedades mentales, o ubicando el fenómeno únicamente a nivel macro considerando principalmente temas de inseguridad y enfermedad en torno a las drogas (narcotráfico y consumo), dando por hecho que la adicción es un producto orgánico sin cuestionar cómo se presenta como una construcción social. La idea que incorpora tanto a los que etiquetan de prohibido el consumo de alguna sustancia y a los que las consumen ha sido poco explorada, es por ello que esta investigación incorpora la visión tanto de los que consumen drogas y son exhibidos como "drogadictos" y las personas que se encargan de brindar un tratamiento para su "rehabilitación" partiendo de que estos últimos asumen que las adicciones son tratables y curables sin haber puesto en duda el concepto de adicción desde el siglo XIX.

El lector y la lectora se preguntarán ¿Para qué sirve estudiar a los consumidores de drogas ilícitas en situación de internamiento y sus relaciones con los que laboran en esas instituciones? ¿En qué beneficia esta investigación a las Ciencias Sociales? Ante ello se tienen dos posturas. En primer lugar, según Norbert Elías (2008) en su obra *Sociología fundamental*, los científicos sociales son cazadores de mitos, esto es que:

Se esfuerzan por sustituir imágenes de secuencias factuales, mitos, creencias y especulaciones metafísicas no comprobables sobre la base de la observación de hechos por teorías, es decir, modelos de interrelaciones susceptibles de control, comprobación y corrección mediante observaciones de hechos. (Elías, 2008: 46)

En ese sentido esta investigación se orienta a conocer: ¿Cómo se construye el *mundo*⁴ del tratamiento de las drogodependencias dentro del Centro Integral para la Atención Integral de las Adicciones?

El presente trabajo de investigación se conforma como una profundización de trabajos que he elaborado previamente (Ángeles, 2014; Ángeles 2015), en donde se ha investigado sobre la vida cotidiana de las personas que llevan a cabo su consumo, principalmente de marihuana, cómo *desviados en secreto*; en esta ocasión el trabajo de investigación se orienta a conocer a las personas

⁴ Esta es una categoría analítica empleada por Howard Becker y que se explicará en el capítulo segundo de este trabajo.

que han sido etiquetados como *desviados puros* por ser descubiertos en su actividad de consumo y que han sido llevados, o han acudido voluntariamente a un centro de rehabilitación, gracias a la incorporación de políticas sanitarias basadas en el *mito* de la adicción.

En segundo lugar, Howard P. Becker y Harry Elmer Barnes (1984) en su *Historia del pensamiento social* comienzan con la frase *Homines sunt, humani nihil a se alienum putant*, un proverbio latino que significa *hombre soy; nada humano me es ajeno*, es decir, que todo lo que haga el hombre es susceptible de ser estudiado, por lo cual esta investigación se lleva a cabo para ampliar el conocimiento acerca de lo que es el consumo de drogas ilícitas desde las Ciencias Sociales.

Algunos lectores de esta investigación, sin embargo, querrán escuchar una justificación utilitarista y podría decir ante esta situación que el trabajo que aquí se realiza tiene cabida dentro del contexto en el que el mundo occidentalizado⁵ se encuentra por la prohibición y política antidrogas. Sin embargo, no es el propósito de esta investigación resolver la pregunta ¿A quien le sirve esto? Existen teorías y adeptos a ellas que piensan en cambiar el mundo; aquí se plantea un propósito menos ambicioso, a saber, explicar el fenómeno del internamiento terapéutico de personas consumidoras de drogas determinadas, por el estado terapéutico médico-psiquiátrico y la legislación Estatal, como peligrosas tanto para la salud como para la seguridad pública. Esto implica que el observador de un fenómeno no debe considerarse juez del mundo social; por tanto la investigación que aquí se realiza no tiene un carácter de preferencia por algún partido político, el deseo por legalizar las drogas, victimizar a los consumidores, escandalizar ni alimentar fobias, resolver la problemática de las drogas (Astorga, 2007), sino más bien explicar las subjetividades de los internos y las interacciones que se llevan a cabo dentro del CEAIA para conocer un punto de vista más sobre el fenómeno de las drogas que al interlocutor pueden hacerle reflexionar, o no, sobre este tema.

⁵ Esto se refiere al proceso por el cual el mundo no-occidental incorpora elementos de moda, arquitectura y pensamiento de las sociedades occidentales a sus prácticas cotidianas.

De la inquietud por saber ¿Cómo es posible la existencia de centros para el tratamiento a las adicciones con sustancia en la actualidad? Se derivan otras más como el hecho de saber ¿Cómo se ha construido la idea de que los consumidores de sustancias ilícitas son delincuentes en el Estado mexicano? ¿Cómo cambia la idea de que las personas consumidoras de sustancias ilícitas que, antes tratadas como delincuentes, ahora sean tratadas como pacientes mentales? ¿Cómo se desarrolla la situación del interno en una institución de rehabilitación como el CEAIA a consecuencia del Estado terapéutico que considera a los consumidores de sustancias ilícitas como enfermos?

Con base en lo anterior, es necesario brindar al lector o lectora los anteojos teóricos con los que se está mirando el fenómeno de las drogodependencias en esta investigación. Como ya se ha mencionado, el investigador de lo social es un cazador de mitos, es por ello que la investigación se adscribe a la corriente teórica llamada *interaccionismo de la desviación* (Becker, 2009a) que propone tratar el fenómeno de la desviación como *acción colectiva*, *desmitificar la desviación* y analizar los *problemas morales* en torno al fenómeno desviado, esto implica lo siguiente:

En primer lugar, se hace necesario clarificar y complejizar el fenómeno de la desviación proponiendo estudiar y crear conciencia en los científicos sociales de que se debe incluir un espectro más amplio de personas, es decir, que la “adicción” no sólo involucra a quien realiza la actividad. Por tanto, se debe estudiar a acusados y acusadores sin exceptuar a nadie cuán honorable y respetable sea dentro del *drama moral* (Becker, 2009a).

Por otro lado, se propone negarse a la participación de investigaciones que involucren fuerzas misteriosas e invisibles en el drama de la desviación, es decir, revisar la versión del sentido común, poder realizar observaciones de lo que nos rodea, respetando métodos de análisis más sutiles ante la recolección de información sobre los intereses y eventos del fenómeno desviado a tratar.

También hay que revisar las definiciones de quienes ostentan el poder o legitimidad sobre el fenómeno para realizar una comprensión plena y exhaustiva de esas definiciones, de su proceso de desarrollo y del modo en que se convierten en algo que se da por supuesto.

El interaccionista de la desviación cuestiona el monopolio de la verdad y de la historia completa de la desviación que está en manos de las autoridades que imponen una credibilidad en la sociedad convencional, lo que implica una reconstrucción de los hechos históricos.

La teoría interaccionista de la desviación nos invita a descubrir por cuenta propia, de forma reflexiva, una perspectiva diferente de lo que se ha llamado fenómeno desviado evitando creer en informes y reportes oficiales que le bastarían a cualquier lego.

Por último, la propuesta ve, en las definiciones de desviación de los que se hacen llamar expertos en el tema, la materia prima para ser analizada por las Ciencias Sociales negando así su cuestionamiento moral.

Así, se empleará esta teoría⁶ con la finalidad de hacer observaciones que nos permitan explicar la construcción del *mundo* en el CEAIA, entendiendo por mundo, parafraseando a Howard S. Becker (2008), todo hacer humano que se realiza en actividad conjunta entre un número de personas que, por medio de su cooperación rutinaria, crean patrones de actividad colectiva.

En el capítulo segundo de esta investigación se darán a conocer las diferentes corrientes de pensamiento que han tratado el concepto de mundo (como lo es Becker y Goffman), de institución total (Goffman), de drogodependencia (Discutiendo con las teorías de la psiquiatra, psicología y medicina) y proporcionando otros elementos teóricos que nos ayudaran a explicar la situación de los internos en relación con las personas que ahí laboran.

Para finalizar, en el tercer apartado de este trabajo de investigación trata sobre la construcción del mundo dentro del CEAIA, de tal manera que observaremos sus características como institución total, la forma de ingreso y egreso de la dicha institución por parte de las personas que toman un tratamiento residencial, así como algunos elementos de su vida cotidiana en este lugar.

⁶ La discusión teórica con otras teorías de la sociología y de otras disciplinas se realizará en el capítulo segundo de este trabajo de investigación, por lo cual no se incorpora en estos momentos. Basta al lector con saber desde que punto teórico se está partiendo.

Objetivos

- El **objetivo general** de esta investigación es conocer y describir como se han establecido las instituciones para el tratamiento a las adicciones con sustancia tras la implementación del Estado que considera a los consumidores de sustancias ilícitas como enfermos.
- **Específico 1:** Analizar el proceso por el cual los consumidores de drogas ilícitas pasan de ser consumidores a delincuentes en el Estado mexicano.
- **Específico 2:** Discutir cómo cambia la idea de que las personas consumidoras de sustancias ilícitas sean tratadas como delincuentes a ser tratadas como pacientes mentales.
- **Específico 3:** Exponer los elementos que hacen posible el desarrollo de la situación de los internos en el CEAIA a consecuencia del Estado terapéutico que considera a los consumidores de sustancias ilícitas como enfermos.

Hipótesis

El tratamiento que se brinda a los consumidores de drogas ilícitas en centros para la atención a las drogodependencias no está orientado a atender las adicciones, sino que estas personas son tratadas en calidad de internos por lo cual la institución no genera una rehabilitación sino una adaptación a la institución. Así, estos espacios legitiman el mito de la adicción que han incorporado las personas que pretenden llevar a cabo una campaña política de carácter moral en donde los expertos en el tema monopolizan la información y discusión sobre el tema de las drogodependencias como es el caso del CEAIA en Pachuca de Soto.

Apartado metodológico

Desde el surgimiento de las Ciencias Sociales, finales del siglo XIX y principios del XX, se han buscado modos de hacer investigación, para tratar con problemas y darles solución en algunos casos, con dos fundamentos teóricos que se enlazan con las formas de metodología, parafraseando a Taylor y

Bogdan (2015): la primera, positivista, que busca causas y hechos de los fenómenos sociales empleando para ello instrumentos como cuestionarios, inventarios y estudios demográficos; y la segunda de corte fenomenológico que busca entender los fenómenos sociales desde el actor, es decir, busca entender la subjetividad de las personas que interactúan en una situación determinada empleando técnicas como la observación, la entrevista, entre otros.

Dicho lo anterior, el enfoque de la investigación que aquí se lleva a cabo es de corte cualitativo ya que, como dice Becker (2009a), no se desea buscar fuerzas invisibles que expliquen los fenómenos. La corriente interaccionista de la desviación se toma muy en serio recolectar datos en los lugares que se nos presentan cotidianamente para evitar crear malhechores que se ajusten a nuestras hipótesis creando así mitos sobre algún fenómeno o creando realidades sintéticas.

Así en el proyecto que aquí se desarrolla se recolectan datos descriptivos que son tomados de las propias palabras de las personas y de su manera de interactuar, recolectando datos por medio de la observación. En esta investigación no se utiliza metodología cuantitativa, en específico, datos demográficos o estadísticos⁷ ya que la propuesta del interaccionismo de la desviación considera a estos como nocivos para atender la realidad desviada, en este sentido Becker nos dice que:

La visión más simplista de la desviación es esencialmente estadística, y define como desviado todo aquello que se aparta demasiado del promedio... en ese sentido, cualquier cosa que se diferencie de lo que es más común podría describirse como desviada. Desde ese punto de vista, ser zurdo o pelirrojo son desviaciones, pues la mayoría de la gente es diestra y de cabello oscuro...A la hora de evaluar cualquier caso en particular, todo lo que uno debe hacer es calcular la distancia existente entre el comportamiento analizado y el comportamiento promedio, lo que constituye una explicación demasiado simplista... la definición estadística de la desviación, en resumidas cuentas, está totalmente alejada de la preocupación por la violación de la norma, motivo del estudio científico de la marginalidad. (Becker, 2009a: 24)

⁷ El uso que aquí le damos a este tipo de datos es para dar al lector un contexto de la situación en México sobre algunos aspectos que imbrican el fenómeno del consumo de sustancias ilícitas, que ayudan a dar sustento de las cualidades de tal.

Por otra parte, para poder realizar algún tipo de actividad investigativa, el científico de lo social debe aclarar a su interlocutor imaginario que clase de razonamiento emplea en su estudio, el razonamiento deductivo o el inductivo. Según Dávila Newman (2006), el razonamiento deductivo parte de la utilización de axiomas, de verdades que no requieren demostración, para después crear postulados basados en doctrinas asimiladas para construir una demostración. En esta investigación, no se parte de un razonamiento deductivo, sino inductivo, que no parte de axiomas, sino de recolectar información en la vida cotidiana en la institución del CEAIA para construir una demostración basada en datos empíricos y no en ideas abstractas que no se ponen en tela de juicio, como lo es la idea de la adicción.

Ahora bien, para lograr el objetivo propuesto se requiere de una metodología adecuada a las necesidades de la investigación para cumplir con los criterios de calidad en la investigación cualitativa.

La propuesta de la teoría *interaccionista de la desviación* propone estudiar los fenómenos desviados desde la Inducción Analítica (IA) que sirve para, parafraseando a Howard Becker (2009b), desarrollar y testear nuestra teoría caso por caso, es decir,

Formulamos una explicación del primer caso en cuanto reunimos la información al respecto. Aplicamos esa teoría al segundo caso cuando encontramos información sobre él. Si la teoría lo explica de manera adecuada y, por consiguiente, confirma la teoría, no hay problema; pasamos al tercer caso. Cuando nos topamos con un *caso negativo*, uno que nuestra hipótesis explicativa no explica, cambiamos la explicación de lo que intentamos esclarecer, agregándole esos nuevos elementos que nos sugieren que los hechos de este caso problemático, o bien cambiamos la definición de lo que vamos a explicar a fin de excluir el caso recalcitrante del universo de cosas a explicar. (Becker, 2009b: 248)

Por tanto, el método consiste en crear una hipótesis provisional; en buscar casos que refuten esa hipótesis para considerarlos adecuados o no al estudio; en reformular el objeto de investigación o seguir buscando casos atípicos en un determinado lugar; y considerar los casos que nos sirvan para lo que queremos estudiar ignorando los casos típicos que no benefician a la investigación. En este sentido, “[debemos] insistir en que nada que podamos imaginar es imposible y, de ese modo, buscar las cosas más improbables que se nos

ocurran e incorporar su existencia, o la posibilidad de su existencia a nuestro pensamiento” (Becker, 2009b: 117). Algunos escépticos sobre el método referirán que se está truqueando la investigación, sin embargo, los trabajos que han incorporado esta forma de hacer las cosas buscan explicaciones y no soluciones en el mundo social, de ahí tenemos el trabajo de Alfred Lindesmith sobre la adicción al opio que desmitifica la idea de que el organismo es el que genera la adicción; el trabajo de Donald Cressey sobre como una persona desfalca a instituciones bancarias con sus respectivas etapas secuenciales de actividad o el trabajo de Howard Becker sobre la desmitificación del consumo de marihuana; trabajos que ponen a prueba el método y han logrado modificar la óptica de la criminología neoclásica.

La IA utiliza herramientas como la *tabla de verdad* (Becker, 2009b), es decir, clasificar variables para crear combinaciones de características que arrojan como resultado tipos que se emplearan y se descartaran a conveniencia de la investigación. También se emplean entrevistas⁸ para reunir información para crear sus variables. En este caso se planea encontrar casos atípicos de personas que no sufran del síndrome de abstinencia que se encuentre internados en el CEAIA, ya que ese “síntoma” es con el que definen a una persona de ser un drogodependiente según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹.

Dicho lo anterior, no se planea hacer entrevistas estructuradas o semi estructuradas por su carácter intrusivo, sino más bien aplicar la técnica de *observación no participante no sistemática naturalista* que, en resumen, tiene relación con la metodología etnográfica que incorpora herramientas como el diario de campo y la recolección de información de manera natural para evitar la creación de realidades sintéticas, es decir, observamos el comportamiento

⁸ Cabe destacar que las entrevistas que se llevaran a cabo son de corte naturalista, es decir, tomar información de mis informantes sin informar que están siendo entrevistados. Esto es por las características de la investigación con la finalidad de tomar información representativa y no alterada de los hechos que ocurren dentro del CEAIA.

⁹ Anualmente la Organización Mundial de la Salud en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas contra el Delito el Crimen (ONUDC) publican el *Informe mundial sobre las Drogas* en donde se muestran datos estadísticos de las supuestas personas que consumen diferentes tipos de sustancias ilícitas a nivel mundial. En estos informes podemos encontrar, de igual forma, que la adicción a alguna sustancia es expuesta orgánicamente por el síndrome de abstinencia. Estos documentos pueden ser descargados desde cualquier explorador de internet.

interaccional de las personas y tomamos de sus comentarios, que resultan de una charla intercontingente (casual), lo que piensan, sienten y creen sobre el internamiento en la institución de rehabilitación.

Así pues, esta investigación no solo se plantea profundizar en la subjetividad de los internos, sino de ver como se conforma el mundo de la institución total, para lo que se recurrirá al personal que ahí labora y mediante la observación no participante explicar cómo se construyen, dividen y distribuyen las actividades y redes de interacción entre los que comparten este espacio.

Antes de continuar: relacionar objetivos con preguntas de investigación.

La finalidad de todo trabajo de investigación es proporcionar un informe final que exprese una representación de la realidad. En este sentido, tanto usted como yo, nos encontramos en una interacción de *productor-usuario* (Becker, 2015) por medio del *producto* que, en este caso, sería el informe de tesis. Howard Becker (2015) nos dice que en esta interacción los productores nos encargamos de realizar representaciones en forma de *argumentos* controlado de cierta forma lo que dice dicha representación que, en pocas palabras, quiere transmitirle a usted aquel fragmento de información que necesita para hacer uso de ella. Así, el papel de los usuarios es encargarse de las representaciones como *archivos* en dónde se utilizará la información transmitida para la búsqueda de respuestas que a usted como usuario le convengan.

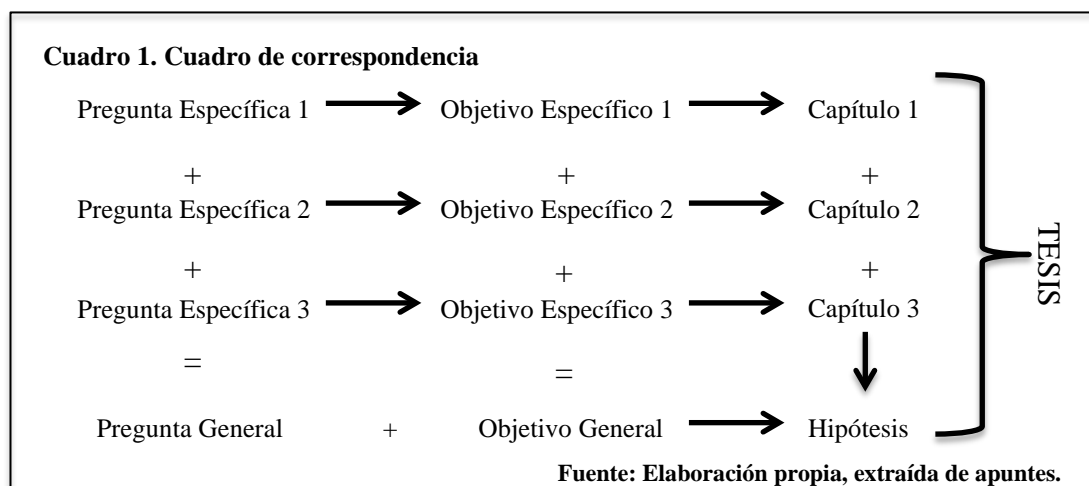
En cualquier caso, el trabajo de compilación de datos, segmentación de información de las referencias obtenidos y redacción de un informe es un esfuerzo importante para cualquier investigador en la creación de una representación. En el camino, el productor se encuentra con muchas dificultades al momento de realizar su labor. Así pues, me encontraba en la primera etapa de redacción de este documento, el protocolo.

El futuro productor de representaciones se encuentra en un *mundo* de personas que llevan años de experiencia en la redacción de informes de investigación y cada cual tiene estilos y posturas diferentes en el desarrollo del documento. En este sentido, el investigador puede encontrarse en situación de encontrar que las preguntas de investigación no tienen relación con los

objetivos de la investigación y a su vez observar que lo anterior no tiene concordancia con las hipótesis que se han planteado para poder llevar a cabo su investigación.

Ante esta situación, el problema se puede solventar mediante la implementación de dos trucos, entendiendo por estos “un simple artilugio que nos ayuda a resolver un problema” (Becker, 2009b: 17). El primero consiste en sintetizar el documento que se entrega poniendo cada cosa en su lugar, es decir, se debe partir por problematizar y saber qué es lo que se quiere describir, observar o analizar en la investigación. Así pues, el primer esfuerzo de redacción del informe no debe ser entregado tal cual, el informe debe pulirse y ser editado constantemente por el productor.

El trabajo de edición constante del documento proporciona más claridad al productor sobre lo que desea hacer como trabajo investigación, sin embargo y sobre la marcha puede encontrarse con una serie de complicaciones, a saber, puede encontrar que no existe concordancia entre las preguntas de investigación y los objetivos en relación con el tema de investigación. Así, una representación gráfica nos puede ayudar a saltar esta cuestión, es decir, a observar de qué manera funcionan las preguntas de investigación en relación con los objetivos como se muestra a continuación.



El gráfico fue de mucha utilidad para saber que la suma de las preguntas específicas da como resultado lo que se quiere conocer en la pregunta general; la suma de los objetos específicos da como resultado el objetivo general de la

investigación. Al relacionar la pregunta general y el objetivo general se obtiene la comprobación o no de la hipótesis, esta a su vez se va a ir corroborando o no a lo largo del capitulado; los capítulos entonces serían el resultado de la suma de una pregunta específica con un objetivo específico que se relacionan en su totalidad. De esta manera obtenemos el proceso mediante el cual se logra la elaboración del proyecto de tesis.

La metodología como guía para el desarrollo y lectura de la investigación

En variadas ocasiones, el aspirante a productor de textos científicos tiene serias dificultades para diferenciar entre una serie de conceptos fundamentales para el desarrollo de su labor como escritor, a saber, se tiene una noción vaga de lo que es la metodología, el método, las herramientas y técnicas que se emplearán para llevar a cabo la investigación que es de su interés. Una reflexión que me surgió durante algunos seminarios en la maestría tiene que ver con la explicación que se nos daba sobre la metodología; se nos decía: “ya saben lo que quieren hacer, ahora ¿cómo lo van a hacer?”; si bien esta expresión ayuda al productor a mapear sus actividades durante el desarrollo de su informe, la idea no está del todo completa.

De manera breve, la metodología es la parte de la investigación que nos sirve como eje para la explicación sobre el desarrollo del trabajo, así, la metodología es la forma en la que el investigador aprende y aprehende la realidad, esto aunado a su incorporación del mismo a alguna tradición de pensamiento; de tal manera que metodología no es cuantitativa o cualitativa, sino más bien estos últimos son enfoques que caracterizarán nuestra investigación en calidad o cantidad. En cuanto al método, el investigador de lo social puede incorporarse al inductivo o al deductivo (entre otros tantos) dependiendo de la corriente teórica de la que se está partiendo para explicar un fenómeno y de igual manera dependiendo los fines de su investigación. Las herramientas, son aquellos instrumentos que se emplean para la recolección de datos para la investigación y las técnicas son las formas en las que se aplican las herramientas para obtener datos para que estos sean confiables, auditables y viables.

En el apartado anterior pudimos ver cómo es que se puede llegar a redactar un protocolo de investigación de manera relacional, sin embargo, es obligación del que suscribe proporcionar algunos elementos que son de utilidad al usuario para conocer cómo se llevó a cabo la investigación que tiene en sus manos. Dado que ya ha leído los fundamentos de la investigación, es decir, el qué, quienes, cuándo y dónde, falta explicar el cómo se llevó a cabo el trabajo de campo.

El primer paso que se dio, fue solicitar en la coordinación de la maestría una carta de presentación para acudir al Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA) en calidad de *voluntariado*¹⁰, es decir, que no se dio a conocer a la institución los fines de investigación, sino que se entró de manera encubierta dados los fines que se planean en el presente trabajo. El entonces Lic. Luis Alberto Hernández Cerón me acompañó a realizar las actividades de observación dentro del CEAIA ya que se realizó un proceso de *triangulación de investigadores*, una técnica empleada para saturar de manera ágil la información extraída del trabajo de campo y que fortalece la investigación cualitativa ya que dos o más observadores pueden reunirse para cotejar la información obtenida, de tal forma que uno puede dar a conocer datos que el otro investigador no se percató durante la recolección de datos (Uwe: 2007). Sin embargo, estas decisiones provocaron ciertos comentarios sobre la ética del investigador por la cuestión de observar a las personas en estudio sin que ellos lo supieran.

Ante esta situación, es imperante explicar cómo la metodología no sólo debe ser empleada como una guía para el productor, y es aquí donde la explicación de clases no estaba completa, sino que la metodología también servía para darle a conocer al usuario del producto de investigación la guía para entender el cómo y por qué se han empleado ciertas decisiones a lo largo del trabajo de campo. Así, acabe tomando la medida de manifestar punto por punto la guía que se siguió para dar como resultado el presente informe.

Cuando un productor de representaciones sociales se inclina por elegir algún tipo de enfoque (cuantitativa o cualitativa) tiene que ser fiel a lo que se está

¹⁰ El primer contacto con la institución fue a partir del 28 de enero de 2017.

planteando hacer. En este sentido, el documento que aquí se presenta es de corte cualitativo, esto es, en primera instancia, por la corriente de pensamiento a la que se adscribe esta investigación, a saber, el interaccionismo de la desviación de Howard Becker, quien adquirió sus fundamentos de la escuela de actividad de Chicago (Becker, 1999). Si bien, como dicen Taylor y Bogdan “la observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos cualitativos son tan antiguos como la historia escrita” (2015: 17), no se puede negar que la historia de la metodología cualitativa tuvo su mayor divulgación en la escuela de Chicago en el periodo que va desde 1910 hasta 1940, o por lo menos en sus dos primeras generaciones; la primera representada por George Herbert Mead, Albion Small y William I. Thomas; la segunda, representada por Robert Erza Park, E. Burges y W. Ogburn, este último fue quien dotó a la escuela de Chicago al giro cuantitativista según la narrativa de Joseph Pico e Inmaculada Serra (2010).

Pese a lo anterior, Ogburn no pudo erradicar la tradición dejada por sus antecesores, en cuanto a métodos cualitativos, y en una tercera etapa de la escuela de Chicago emergen los trabajos de Lois Wirth, E. Hughes y H. Blumer. Los escritos de estos investigadores, así como sus clases en la escuela de Chicago, dieron origen a la línea que ahora seguimos en esta investigación, a saber, la cuarta generación de la escuela de Chicago en donde los mayores representantes son Erving Goffman, Howard Becker, Eliot Freidson, Robert Habenstein, Joseph Gusfield, Gerald Handel, Phillip Rieff, William y Ruth Kornhauser quienes “forma[n] parte de lo que suele llamarse *segunda escuela de sociología de Chicago*, acechada por el fantasma de Robert Park...[cuya] vía de transmisión fue la enseñanza de Herbert Blumer, Everett Hughes y Lois Wirth” (Daniel Cefai en Gusfield, 2014: 13).

Los estudios que comenzaron por detallar la ecología urbana poco a poco fueron adquiriendo el carácter de estudiar lo infinitamente pequeño, como lo demuestra el trabajo de Erving Goffman; a su vez, esta generación de investigadores de la escuela de Chicago se centró en los métodos cualitativos para acercarse a fenómenos como la prostitución, la homosexualidad, el consumo de drogas, etc. Así, parafraseando a Howard Becker, es inevitable

sentirse orgulloso de una larga tradición de métodos cualitativos para introducirse al trabajo de campo.

En segundo lugar, la investigación cualitativa es *ad hoc* en este proyecto ya que “se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 2015: 19-20), en ese sentido, nuestra manera de acercarnos al tópico de este trabajo de investigación es encarar el mundo empírico desde la observación de las interacciones y cómo estas pueden formular un mundo de cooperación rutinaria que dan sentido a la existencia de centros de “rehabilitación las drogodependencias”.

Expuesto esto, el/la usuario(a) se cuestionará *¿por qué no usar el enfoque cuantitativo que apoye esta investigación?* La respuesta se encuentra en la corriente de pensamiento a la cual nos adscribimos. Resulta que los informes sobre las drogas han quedado varados en las explicaciones de *expertos* en el tema quienes fungen como empresarios morales, es decir, personas que ven acciones como *malas o buenas* basando sus criterios en creencias y no en hechos. Cuando estos empresarios morales realizan trabajos en calidad de productores dirigen al mundo sus ideas sobre enfermedades “imaginarias” que ellos mismos crean¹¹ y que por lo regular fundamentan con datos del enfoque cuantitativo (de ahí que la mayor parte de los informes de la ONUDC y la ONU se basen en estadísticas). Así pues, el usuario que consume el producto de los productores cree ciegamente en lo que estos empresarios morales dictaminan como cierto gracias a su *status* profesional; de esta manera se genera lo que Becker (1967) va a llamar *jerarquía de la credibilidad*, todo aquel conocimiento que no es puesto en duda y es dado por hecho sin cuestionamientos de su realidad empírica. De esta manera, confiar¹² en informes estadísticos creados por estos mismos empresarios y fundamentar nuestra investigación en fuerzas invisibles y no en hechos empíricos alimenta a la jerarquía de la credibilidad que el interaccionista de la desviación está obligado a poner en duda.

¹¹ Ya hablaremos de esto en el capítulo segundo de este informe que trata sobre los postulados de estos productores.

¹² Esto de ninguna manera implica que no serán utilizados a lo largo del informe que aquí se presenta.

Ya establecidos estos puntos, es momento de hablar sobre la forma en que se entró en el CEAIA de manera encubierta. El investigador de lo social tiene dos alternativas para ingresar a campo, en primera instancia se encuentra la entrada formal, aquella en la que pedimos las cartas correspondientes, pedimos permiso para observar, tomar fotografías, grabar o ingresar al lugar que es de nuestro interés. Los investigadores que se orientan por esta guía de acción son conocidos por ser políticamente correctos en cuanto a la recolección de datos se refiere. La segunda línea de acción está dada por una introducción a campo de manera informal, al respecto Martyn Hammersley y Paul Atkinson refieren que:

[el investigador] participa, abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando lo que sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; de hecho, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra la investigación. (Atkinson y Hammersley, 2014: 15)

Es a esta segunda línea a la que se adscribe el presente informe, por dicho motivo se solicitó se extendiera el documento institucional en calidad de voluntarios y no una presentación formal como investigadores. Pero aún sigue sin ser justificado el motivo de esta decisión. Pues bien, lo que motiva a realizar esta acción es que partimos de la idea de que las instituciones tienden a dar su mejor cara cuando se las está examinando y ocultan aquello que es vergonzoso o que no debe de saberse fuera de las paredes de la institución. Si bien hemos mencionado que estamos en contra de la jerarquía de la credibilidad, no podemos llegar a la institución argumentando que lo que queremos observar son las interacciones del personal en relación con los internos ya que esto daría como resultado el cambio de actitudes por parte del personal cuando se le esté observando. Howard Becker (2009b) recomienda dar ejemplos para que al usuario le quede clara la idea que el productor le está expresando; de esta manera pongamos un caso hipotético.

Resulta que un investigador llega de manera formal a presentarse ante los directivos de “una fábrica”, esta información paso en primera instancia por la secretaria quien rápidamente informó a empleados de recursos humanos que había un investigador en las instalaciones que quería observar el rendimiento de la fábrica; así se fue corriendo la voz hasta llegar a manos de los

manufactureros quienes tenían hábitos de comportamiento poco ortodoxos como áreas para consumir alcohol. Al momento de enterarse que los estaban observando, modificaron sus acciones para dar la mejor cara de ellos y ocultar sus prácticas menos convencionales.

Por tanto, el ingreso a campo de manera encubierta nos asegura que el investigador pueda observar las interacciones entre los participantes del Centro Estatal para la Atención Integral de las Drogodependencias sin que estos tengan oportunidad de modificar sus conductas. El usuario se preguntará *¿qué acaso eso no es poco ético? ¿acaso observar a alguien sin que lo sepa no es meterse en su intimidad?* En realidad, no, como aseguran P. Atkinson y M. Hammersley (2014), ya que de cierta manera lo que el productor hace es materializar en forma de informe lo que sucede, si nos ponemos en una postura idealista, aunque el investigador no se encuentre en el lugar, las personas seguirán llevando a cabo su vida cotidiana y las interacciones que desarrollan tal y como son; la diferencia radica en que informamos aquello que no es evidente fuera de los muros.¹³

Dicho lo anterior, pasemos a aspectos más técnicos sobre la metodología. Como es sabido, dentro de la etnografía es convencional utilizar ciertas herramientas como la libreta de notas y el diario de campo. Durante las observaciones que realizamos en el periodo que comprende de febrero a mayo de 2017, utilizamos estas herramientas de la siguiente manera:

Primero, durante cada sesión de taller de ajedrez y de música que proporcionábamos como un servicio voluntario a la institución para “pacientes” del CEAIA, intentábamos extraer de forma natural diálogos con los internos

¹³ Aclaremos el punto con un ejemplo extraído de la serie catalana Merlí (Lozano y Cortés, 2015); supongamos que va caminando por su instituto y ve a una pareja discutiendo, resulta que la chica es su compañera de clase y que al acabar la discusión ella regresa al salón y usted le pregunta *¿qué pasó con tu novio? Te vi llorando*; en ese momento ella le platica que le mintió a su novio de que estaba embarazada porque él quería terminar la relación. Antes de eso nadie sabía lo que ocurría cuando ellos discutían más que lo evidente, discutían por algo. Usted se interesó y preguntó de manera natural sobre el contenido de la discusión y resulta en que su plática es fructífera y le transmiten una versión de los hechos. Imagine ahora que conoce al chico y usted tiene la opción de que sepa lo que pasó o no. Usted podría esperar a que pasen los meses y el chico se dé cuenta de que la chica no estaba embarazada o puede desmentirlo. En cualquiera de los casos el resultado lógico esperado es que el chico corte con la chica.

residentes varones, tanto infantes como adultos, sobre cómo habían llegado a esa institución; en los talleres de música se propuso que las personas escribieran letras, sobre su situación como consumidores de sustancias ilícitas y como internos, y que cantaran sus letras, posteriormente se les pedía que explicaran su letra en forma de *focus group*; al principio fue complicado ya que no se contaba con instrumentos musicales para la enseñanza del taller, sin embargo, para ganar la confianza de los “pacientes” se tocaban melodías para que ellos bailaran y cantaran, después de ello, el dialogo entre los internos con mi colega fue más abierta.

En los talleres de ajedrez fue un poco más complicado extraer información, así que observamos cómo se desarrollaban las situaciones con los trabajadores sociales y psicólogos en relación con los “pacientes” en el área residencial cuando se llevaban a cabo las partidas, además de extraer información de pláticas que se desarrollaban entre los residentes sobre lo que pasaba dentro de la institución. De esta manera, lo que se extrajo de estos esfuerzos fue una compilación de información sobre lo que comían, cómo dormían, sobre las duchas y el aseo, sobre los castigos cuando incumplían las normas de la institución, sobre su llegada al Centro, sobre sus fantasías sexuales con la directora y psicólogas, sobre su pensamiento acerca del tratamiento, sobre como seguían las reglas, sobre su relación con las figuras que ahí laboraban (padrinos, trabajadores sociales, área médica y psicológica, policías), sobre lo que pensaban que opinaba su familia sobre ellos y su tratamiento, sobre lo que harían al salir.

En segundo lugar, después de recopilar los diálogos naturales y el desarrollo natural de la interacción, tanto de pacientes como del personal que ahí labora, anotábamos todo en una libreta de apuntes para que no se olvidara lo que habíamos observado. Posteriormente, mi colega y yo nos reuníamos en su casa o la mía, en lugares públicos o en la universidad para intercambiar lo que habíamos observado y recopilado.

El tercer paso, consistía en acudir al diario de campo y transcribir la información que, ya triangulada, fue sistematizada por fecha de los acontecimientos de lo que se había obtenido en esa sesión de taller.

Lo anterior tuvo que desarrollarse de esta manera dado que el CEAIA no permite que los internos tengan información de lo que está ocurriendo fuera de esta, por lo cual, pasar celulares para tomar fotografías u obtener audios es demasiado complicado dado que en cada habitación de las áreas residenciales existen cámaras de seguridad, además de que acordamos con la directora, de manera verbal, no hacer usos de estas herramientas digitales durante las sesiones de taller.

En cuanto la información estuvo sistematizada, se continuó con la codificación abierta utilizando la herramienta de tipologías para poder desarrollar lo podrá observar a lo largo de la tesis. Cabe mencionar que algunos de los testimonios que aquí se mencionan fueron diálogos naturales extraídos de pláticas casuales con consumidores y no consumidores de sustancias ilícitas desde 2009.

CAPÍTULO UNO

**La guerra contra el consumo de drogas ilícitas:
proceso de transición de consumidor de drogas a
delincuente en un Estado Penitenciario.**

Quien vive de combatir un enemigo, quiere que este siga vivo.

Friedrich Nietzsche

Nociones previas: Aspectos teóricos sobre la tesis

Durante la introducción del presente documento se pueden leer una serie de categorías como institución, interacción y desviación las cuales no han sido profundizadas. En este sentido, es necesario dar una explicación de estas nociones con la finalidad de que el lector pueda encontrar de qué manera se conectan estas categorías y cuál es su función dentro de la tesis.

Antes que nada, de manera breve, debemos dejar en claro la cuestión ontológica sobre cómo es posible la sociedad. Para ello consideremos los tres *a priori* que Georg Simmel nos proporciona, entendiendo que “el problema sociológico se propone tan sólo abstraer lo que en el fenómeno complejo que llamamos vida social es realmente sociedad, es decir, socialización” (Simmel, 2014: 134). En primer lugar, para que la sociedad sea posible, según esta manera de pensar, tiene que ver con el *a priori* de acciones recíprocas que se entretrejen entre los individuos, es decir:

La idea que una persona se forma de otra, mediante contacto personal, está condicionada por ciertas modificaciones que no son sencillos errores de experiencia incompleta, o falta de agudeza en la visión por prejuicios de simpatía o antipatía, sino cambios radicales en la estructura del objeto real. (Simmel, 2014: 124)

Aunado al proceso de socialización, tenemos que *los otros* distintos al *yo* generan una imagen de *persona ideal* que difiere a su *ser real*, una imagen que no es un tipo general, sino que representa a una persona plena consigo misma. El producto de este proceso hace que entre los miembros de una sociedad no veamos individuos a *otros* ajenos al *yo*, sino que vemos colegas, amigos, compañeros, etc. como habitantes del mismo mundo particular y compartido.

De esta manera, llegamos al segundo *a priori* referente a que ese ideal antes mencionado posibilita las relaciones que conocemos como sociales, es decir, que cada “individuo” de un grupo no es sólo una parte de la sociedad, sino que también es algo externa a ella. Así, podemos discernir que un alumno no es sólo un alumno, o un profesor no sólo es profesor, sino que tiene un ser *extrasocial* que, si bien no afectan actividades burocráticas, laborales o escolares, pueden modificar la imagen social de las personas que contienen esta persona ideal. Al respecto podemos decir que “el trato de los hombres,

dentro de las categorías sociales, sería distinto si cada cual sólo apareciese ante el otro como comprendido en la categoría correspondiente, como sujeto de la función social que le está asignada” (Simmel, 2014: 127). De esta forma no hablamos de individuos o sujetos generales, sino de personas socializadas y socializándose, *productos* de la sociedad y *miembros* de la sociedad, entrelazados en coexistencia mutua de relaciones de reciprocidad en todo momento, seres que son miembros de un organismo y que a la vez son un todo orgánicamente cerrado, productos de lo causante y lo causado, lo cual da forma a la sociedad.

El tercer *a priori* se refiere a que la sociedad es un producto de elementos desiguales en donde se considera el *valor general del individuo*. Aquí, encontramos que existe la posibilidad de pertenecer a una sociedad siempre y cuando cada individuo, ya sea por cualidades o por sus habilidades, esté orientado a ocupar un lugar dentro de su medio social, de esta manera “debe existir una especie de armonía entre la estructura y el proceso vital de la sociedad, de un lado, y las cualidades e impulsos individuales, de otro” (Simmel, 2014: 133); así, se entreteje cada elemento social con la figura individual y con la actividad de todos los demás, el lugar en donde cada persona se convierte en un miembro necesario de la vida del todo y en donde se comienzan a visualizar la existencia de grupos heterogéneos en donde habrá de haber relaciones conflictivas por formar parte de la sociedad como elementos desiguales.

Derivado de lo anterior deducimos que existen por lo menos dos posturas ontológicas son las que se han impuesto con mayor fuerza en la teoría sociológica que vale la pena mencionar. La primera es la cuestión relativa a las relaciones entre entes individuales la cual nos proporciona una posición individualista-instrumental, más ligada a una percepción economicista, en donde los individuos aparecen como seres con una capacidad de agencia, voluntad y aspiraciones de libertad de hacer, en donde destacan las elecciones racionales de los individuos. En este sentido, tendríamos que pensar, como en el *contrato social* de Rousseau, que hemos decidido ceder parte de nuestra libertad y voluntad para vivir en sociedad. Sin embargo, al establecer que la sociedad es posible gracias a la unión de individuos singulares es demasiado

determinista con tintes de utilitarismo ya que si esto fuese así los individuos estamos juntos por el bien personal, de esta manera estamos juntos por una elección racional.

La segunda postura es la cuestión relativa a las relaciones entre individuo y colectividad la cual nos proporciona una posición holista-constitutiva más ligada a una percepción sociológica en donde las estructuras sociales son las que determinan el que hacer del humano en cuanto a ente social. En este sentido, tendríamos a pensar en autores como Emile Durkheim pensando en el tema del suicidio como un acto que no es individual, sino que obedece a cuestiones sociales para cometer el acto; o en Karl Marx pensando en cómo las condiciones materiales de determinado momento histórico hacen del individuo un sujeto a dichas condiciones estructurales. Sin embargo, pensar en que únicamente somos producto de la coerción estructural limita la visión sobre el que hacer de las personas y la toma de decisiones por parte de las mismas.

En este sentido, la tesis que aquí planteamos es que, al establecer un nexo entre estructura y acción, determinismo y voluntad, causalidad y teleología, podemos entender de qué manera las instituciones surgen, se mantienen y se transforman a lo largo del tiempo. Por tanto, solo mediante la integración de tales factores podremos entender el fenómeno que nos hemos planteado analizar, sin pensar que una determina a la otra, sino que se gestan e intercambian efectos de manera multisimultánea.

Dicho lo anterior, cuando pensamos en el concepto de persona no nos referimos a un individuo singular que se ha incorporado a la sociedad por cuestiones utilitaristas e instrumentales, tampoco nos referimos a un sujeto constreñido por las condiciones objetivas del mundo social, mucho menos lo percibimos como un agente que por sí mismo puede efectuar cambios radicales en la estructura social, más bien al hacer alusión al concepto de persona nos referimos a cómo este ente ha incorporado el lenguaje en su ser con lo cual pasa de ser un ente biológico a un ser social, el cual pasa por procesos de socialización¹⁴ constantemente y que nunca llega a ser un ente

¹⁴ La etapa primaria de socialización es indispensable para asimilar el lenguaje y aprender algunas de las reglas del juego del mundo social, la aproximación que aquí utilizamos está

“maduro” ya que continuamente se encuentra en situaciones en las que tiende a improvisar la actuación cuando desconoce la manera “adecuada” de intercambio de símbolos compartidos en una situación determinada. En cierto sentido, en la persona se encuentra una parte de voluntad para hacer, una parte que está sujeta a las condiciones materiales del mundo social y una capacidad para efectuar cambios mediante la improvisación y no mediante la agencia. Ahora bien, ya habiendo dejado en claro la cuestión ontológica y la formulación de la persona de manera breve, es momento de explicar el uso del concepto institución.

I. Institución

Existe una amplia bibliografía sobre el tema que concierne a las instituciones desde distintas disciplinas como, por ejemplo, el Derecho, la Ciencia Política y la Economía, sin embargo, las soluciones filosóficas y jurídicas son insuficientes para explicar a la institución como un fenómeno social. Por tanto, consideraremos la parte sociológica para la explicación de la institución como una parte necesaria para el desarrollo de la vida social.

En el segundo prólogo del libro *Las reglas del método sociológico*, Emile Durkheim nos proporciona un primer acercamiento al término institución diciendo que son “todas las creencias y todas las formas de conducta instituidas por la colectividad; la sociología podría, por tanto, definirse: la ciencia de las instituciones, de su génesis y su funcionamiento” (Durkheim, 2011: 20). Por lo menos desde la primera vez que apareció este texto en 1895 podemos ver una preocupación por observar qué es una institución en términos académicos que, hasta la fecha, sigue siendo una preocupación para los sociólogos el encontrar un consenso sobre lo que son. Para entenderlo, debemos de saber que el concepto de institución depende claramente de que posición ontológica, teórica y epistemológica se están tomando en cuenta para su desarrollo conceptual.

Si bien, nos posicionamos desde una perspectiva jurídico-normativista podríamos entender institución como aquellos complejos que se encargan de

ligada al pensamiento de George Herbert Mead (1973) en su obra *Espíritu, Persona y Sociedad*.

normar y regular el comportamiento de los individuos en su relación con otros durante el proceso de la vida social. Con ello, se establece una idea de orden social, al normar la vida colectiva los entes sociales estos se perciben como sujetos a la estructura, en donde las reglas y normas los coaccionan a tal grado que sus posibilidades de actuar de manera abierta e irrestricta quedan reducidas y con ello la concepción jurídica queda limitada al no comprender la complejidad de las sociedades modernas y su capacidad de transformación a lo largo de tiempo por su estatismo normativo.

Podemos de igual forma, desde el individualismo metodológico, pensar en la institución de manera instrumental, con lo cual aludimos a la idea de que son mecanismos que operan pensando que los individuos construyen estas instituciones para solventar y dar resolución a los problemas¹⁵, por tanto, las instituciones serían una creación *ad hoc* en las cuales se establecen una serie de reglas operativas que indican lo que es posible hacer y lo que no lo es, logrando así un estado de permisibilidad y de expectativas entre los individuos. Cabe destacar que esta concepción intuye que las reglas que se instauran institucionalmente son pactadas entre individuos por lo cual su adopción en grupos pequeños sería de manera inmediata y sin causar controversia ya que han sido autorizadas por los individuos entre sí. La posibilidad de cambio de estas instituciones se efectúa mediante una visión utilitarista de la misma institución dado que se construye para solventar y solucionar conflictos entre los individuos. Cuando la institución no logra este objetivo, tienden a desaparecer o cambiar en su forma para la satisfacción de todos los miembros singulares de la sociedad.

Una posibilidad más es la de pensar a la institución desde el holismo como una institución constitutiva, es decir, que los individuos no se ponen de acuerdo para la resolución de los problemas mediante la institución, sino que esta opera con una fuerza coactiva en la que, de manera endógena, se plasman cierto tipo de preferencias que dan sentido a las acciones de los sujetos, así “las instituciones se nos imponen, y también nos adherimos a ellas: nos obligan y

¹⁵ Cabe destacar en esta parte que las instituciones, en cierto grado, tienden a solucionar problemas de la vida cotidiana, sin embargo, había que pensar en cómo es que se gestan estos problemas o para quienes son un problema.

las amamos: nos coaccionan, y, sin embargo, sacamos ventajas de su funcionamiento y de la misma coacción” (Durkheim, 2011: 123). Al respecto:

Observaremos que la mayor parte de las instituciones sociales provienen, completamente formadas, de las generaciones anteriores; nosotros no hemos tenido la menor parte en su formación, y, por consiguiente, no es interrogándonos como podremos descubrir las causas que los han engendrado. Además, aun cuando hayamos colaborado en su génesis, apenas entrevemos- y todavía esto de una manera confusa y casi siempre inexacta- las verdaderas razones que nos han impulsado a obrar y la naturaleza de nuestra acción. (Durkheim, 2011: 13)

Dadas las circunstancias teóricas en las que nos encontramos, las tres diferentes concepciones de institución que acabamos de presentar tienen sus fortalezas y debilidades al momento de ser aplicadas a la cuestión empírica, es por ello que nos damos a la tarea de tratar de vincular la noción ontológica con la percepción de institución. A saber, al revisar la obra de Durkheim (2009) (*Las formas elementales de la vida religiosa y las reglas del método sociológico*) encontramos que los *hechos sociales* pueden ser considerados de manera material y de manera inmaterial, al saber que las formas de sentir, pensar y actuar son un hecho social nos planteamos la idea de que las instituciones también tienen este carácter. Es decir, por ejemplo, la religión es un hecho social y a su vez esta está instituida de manera inmaterial en las maneras de pensar, de sentir y de actuar de las personas que la practican, pero además tiene su forma material al poner en el *tótem* una serie de valoraciones simbólicas que hacen que pueda ser posible el establecimiento de dicha religión.

Esta noción es la que se acerca más a nuestra forma de pensar al establecer un diálogo entre Erving Goffman y Howard Becker para explicar el fenómeno institucional. A saber, el carácter inmaterial de la institución nos es proporcionado por Howard Becker en *los mundos del arte* cuando nos expresa que una institución no sería posible sin el entramado de interacciones de las personas que se llevan a cabo dentro de un patrón más o menos rutinario de comportamientos, así la *acción colectiva* es la que hace posible que una institución permanezca a lo largo del tiempo en donde “las actividades de un mundo... se aglutinan, [concentrándose] en la manera en que las personas cooperan para crear productos [y servicios] que caracterizan a un mundo”

(Becker, 2008: 337). Cabe destacar que Becker hace más hincapié en el sentido de la institución como acción colectiva pero no deja de lado a la institución como un hecho material.

Por otra parte, tenemos la visión de Goffman (2012) en donde podemos observar, como hecho material, la importancia de la institución formada por barreras que permiten el encierro de un gran número de personas, así:

Se llama establecimientos sociales -o instituciones en el sentido corriente de la palabra- a sitios tales como habitaciones conjunto de habitaciones edificios o plantas industriales donde se desarrolla desarrollan regularmente determinada actividad...ciertas instituciones proveen el lugar para actividades que presuntamente confiere al individuo un estatus social, por fáciles y agradables que tales actividades pueden ser; otras, por el contrario, brindan la oportunidad de contraer relaciones que consideran electivas e informales, reclamando parte del tiempo que dejan libre otras exigencias más serias. (Goffman, 2012:19)

La cita anterior sugiere que una institución necesariamente reclama un espacio en donde se puedan llevar a cabo las interacciones entre las personas en situación de encierro. Sin embargo, lo que nos interesa extraer de la obra de Goffman es la noción de *institución total*, por lo tanto:

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero ha de advertirse que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley. (Goffman, 2012: 15)

Al respecto, la capacidad abarcadora de una institución total está simbolizada por una serie de obstáculos que se impone para evitar la interacción social con el exterior de aquellas personas que se encuentran en el establecimiento. Así, la ubicación de puertas, muros y alambrado o incluso la utilización de recursos proporcionados por el medio ambiente como bosques y ríos, hacen posible que la institución sea de carácter total y abarcadora. En este sentido, Goffman hace una clasificación en cinco grupos de dichas instituciones totales, a saber¹⁶:

¹⁶ Estos elementos son extraídos del texto de Erving Goffman, *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, segunda reimpresión, 2012, pp. 20-21

1. Las Instituciones erigidas para cuidar de personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas; ejemplos de ello son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.
2. Las Instituciones erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; aquí Goffman hace referencia a los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosarios.
3. Las Instituciones erigidas para proteger a la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos; este tipo de institución engloba a las cárceles, los presidios, los campos de trabajo y de concentración.
4. Las Instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que sólo se justifican por estos fundamentos instrumentales; como por ejemplo los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonias, y las mansiones señoriales desde el punto de vista de los que viven en las dependencias de servicio.
5. Instituciones concebidas como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: las abadías, los monasterios, conventos y otros claustros.

A pesar de presentarse estas distinciones tipológicas, Goffman aclara que “esta clasificación de las instituciones totales no es precisa, exhaustiva, ni tampoco para su inmediata aplicación analítica” (Goffman, 2012: 21); de esta manera, podemos observar que la clasificación del CEAIA como institución total no entra en ninguno de los tipos ideales que se han propuesto aquí, por lo tanto, merece una mención a parte¹⁷.

Por todo lo anterior, pensamos que una institución total es aquella que mediante el uso estratégico de barreras impide la interacción de las personas que ahí residen con el exterior, desarrollando así una situación de interno que,

¹⁷ Estos elementos se presentarán hasta el capítulo tercero del trabajo de tesis.

sin embargo, no es el único requerimiento para que se formule una institución ya que las personas que en estos establecimientos laboran contribuyen con su quehacer diario a la formación, permanencia y transformación de las instituciones mediante la interacción con los internos, creando de esta manera un *mundo*.

II. Interacción

Durante el siglo XX los sociólogos intentaron responder a la pregunta ¿Los comportamientos de los seres humanos son producto de factores externos que operan automáticamente o existe la posibilidad de que dichos comportamientos operen gracias a la significación de la situación de las personas? La primera parte de la pregunta hace referencia a que las acciones de las personas son producto de una estructura que los coacciona a tal grado que su actuar simula ser como si se tratase de máquinas en un sistema predeterminado, donde las normas fungen como orientadoras del mundo social *per se*. Al respecto Jeffrey Alexander refiere que:

Los funcionalistas en general tratan la conducta humana como si fuera un mero producto de factores que “influyen” sobre los humanos. Para estos teóricos las acciones son “meras expresiones o productos de lo que las personas traen a su interacción o de condiciones que son previas a tal interacción”. Como las acciones de la gente quedan excluidas, dice Blumer, se concibe que los sistemas sociales operan “automáticamente”, sin ninguna referencia a los seres humanos reales. En otras palabras, la tradición parsoniana ignora el significado como tópico de la sociología. (Alexander, 2008: 177)

Hay que aclarar que aquí de ninguna manera estamos tomando la posición de lo que se ha llamado *interaccionismo simbólico* dado que, desde esta posición teórica y ontológica, los individuos son soberanos, en donde el individuo aparece como creador de todo el orden social mediante el intercambio de símbolos por medio proceso de comunicación. Hemos dicho, durante la introducción, que en este trabajo nos adherimos a la escuela de actividad de Chicago, principalmente de lo que se ha llamado segunda escuela de Chicago, en donde las interacciones cara a cara son de primordial interés (como la segunda parte de la pregunta que nos hicimos al comienzo de este apartado sugiere). Cabe destacar que la postura interaccionista a la que nos adherimos trata de hallar un equilibrio entre la libertad de las personas y el

constreñimiento, es decir, no somos individuos aislados y singulares capaces de ejercer una libertad total, pero tampoco somos sujetos que se encuentran totalmente coaccionados a las condiciones de la estructura social.

Cuando se habla de la escuela de Chicago se piensa de inmediato en el concepto de *interacción*¹⁸, de tal manera que si hacemos una revisión podemos dar cuenta de que existen varias vertientes que lo definen de distintas formas, tanto en las tres primeras generaciones de la primera escuela, como de la generación de la segunda escuela¹⁹. Estamos de acuerdo con la descripción de Berenice M. Fisher y Anselm L. Strauss cuando refieren que:

Una tradición como el interaccionismo no debe ser considerada una herencia regia que se transmitiera a través de las generaciones, sino más bien una casa de remates con muchos años de existencia. La continuidad de la institución depende de que los compradores hallen atractivas sus ofertas, y no tanto que la mercadería se venda en un orden lógico o con la intención de preservar sus relaciones anteriores. En esos términos, la continuidad de esta tradición intelectual puede estar recorrida no sólo por las diferencias y contradicciones de su *núcleo* de ideas, sino también por la forma en que los sucesores han aceptado un aspecto de pensamiento de sus antecesores en detrimento de otros, han incorporado fragmentos a su manera de pensar, o han aceptado diferencias y contradicciones previas y han intentado elaborar sus problemas implícitos. (Fisher, Berenice y Strauss, Anselm en Bottomore, Tom y Nisbet, Robert, 2001: 523-524)

Esto quiere decir que no existe una escuela mítica, como escuela de pensamiento, que nos proporcione con claridad definiciones cerradas sobre cómo debe ser trabajado el concepto y las categorías analíticas, por ejemplo el concepto interacción, dado que la escuela de Chicago es más una escuela de actividad en donde sus integrantes realizaron trabajos muy diversificados sobre distintas temáticas en donde el estilo y la investigación sociológica eran lo que importaba rescatar, no rebuscadas mitificaciones de autores consagrados y a modificaciones abstractas de conceptos, así:

La lección del cuento es que “Chicago” nunca fue la capilla unificada del mito original, una escuela unificada de pensamiento. Fue, más bien, una

¹⁸ Luis Alberto Hernández Cerón ha trabajado esto en su tesis inédita de maestría (2018), capítulo primero, subtema cuarto, con lo que él denomina tercer mito sobre la teoría interaccionista, en el cual establece que existen por lo menos siete grandes vertientes de este pensamiento y cada uno de ellos tiene una percepción más o menos diferente de lo que es interacción.

¹⁹ Para profundizar en la temática léase el capítulo doce, titulado *Interaccionismo* en Bottomore, Tom y Nisbet, Robert del libro *historia del análisis sociológico*; y capítulo trece titulado *El interaccionismo simbólico*. Véase también *El individualismo y la obra de Blumer y Goffman* en Alexander, Jeffrey del libro *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial*.

escuela vigorosa y robusta de actividad, un grupo de sociólogos que colaboraron en el trabajo cotidiano de hacer sociología en una universidad americana y lo hicieron muy bien. Pero no podemos dar un salto inferencial desde esa colaboración pragmática a una "tradición", a un cuerpo coherente de teoría. El legado auténtico de Chicago es la mezcla de cosas que caracterizaron la escuela de actividad en cada periodo: *abierta*, por convicción o por necesidad, a una variedad de formas de hacer sociología, *ecléctica* porque así lo ameritaron las circunstancias (Becker, 1999: 11)

Así visto, es necio el hecho de querer rastrear todas las acepciones de lo que significa interacción en este sentido; sin embargo, podemos entender interacción en dos sentidos en el presente escrito: interacción e intercambio de efectos.

En primera instancia, el programa del interaccionismo surge como una respuesta a las *tres bestias negras*²⁰, a saber, la teoría de los instintos, la teoría del estímulo-respuesta y la teoría de la cultura. La primera, postula que las personas son impulsadas a la acción por necesidades biológicas, que son parte integral de la naturaleza humana vista como una forma de comportamiento generalizado en todas las personas lo cual hace posible la inmutabilidad y el mantenimiento de las acciones humanas. Por otra parte, la teoría del estímulo-respuesta, asume que las personas son impulsadas a la acción por estímulos externos para los cuales han aprendido las respuestas correctas para direccionar su acción, es decir, aprenden las respuestas que son gratificantes y con base en ello dirigen sus formas de actuar. Por último, la teoría de la cultura afirma que el comportamiento de las personas es simplemente hacer ver la forma correcta de hacer las cosas, cuando es apropiado hacerlo, por determinismos culturales.

Estos tres enfoques tienen en común la implementación de la palabra *comportamiento*, Becker nos dice al respecto que:

Behavior can be understood as a matter of individuals, not of people in contact with one another. These approaches envision a world of isolated individuals, evidenced for instance by the use of terms like "social stimulus" to refer to people other than the actor being analyzed. [El comportamiento puede entenderse como una cuestión de individuos, no como una cuestión de personas en contacto entre sí. Estos enfoques contemplan un mundo de individuos aislados, evidenciando, por ejemplo, el uso de términos tales

²⁰ Herbert Blumer, en un ejercicio que les hacía a sus alumnos, mencionaba como bestias negras a tres enfoques del comportamiento humano que estaban en boga por aquellos años.

como “estimulo social” para evocar a personas que no sean los actores estudiados] (Becker, 2012)

Dada esta situación, pensamos que estos tres enfoques se emplean de manera errónea al considerar que el comportamiento es, de una u otra manera, una respuesta automática a algo que proviene del interior o el exterior del “individuo”. Las nociones antes mencionadas nos proporcionan la idea de que las personas son entes pasivos en la espera de que se activen los estímulos, internos o externos, que los “motiven” a actuar, es decir, parece ser que el ser humano no hace nada, solo está en espera de que algo lo haga actuar por lo cual, si no hay nada que los impulse a la acción, permanecen inertes. Estas vertientes de pensamiento tienen la impresión de que las actividades realizadas por las personas son la respuesta a un impulso, la psique sí es interna o la cultura sí es externa, pero enfocado únicamente al ser individual.

Por tanto, si seguimos el pensamiento de la teoría de los instintos, nos es difícil pensar que existe algún instinto que induzca a las personas a ser de tal o cual forma, a tener una acción agresiva o sumisa. Algunas corrientes como la sociobiología, la genética o el psicoanálisis han llenado de tecnicismos la teoría de los instintos para darle su carácter de científicidad, sin embargo, el hecho es que las personas nacemos en tabla rasa, sin sentimientos, pensamientos o “personalidad”; de ahí que incorporamos el pensamiento de George Herbert Mead (1973) sobre la necesidad de aprender y aprehender las reglas del juego mediante el otro generalizado, lo que posibilita la formación de la persona en el entorno social. Como ejemplo de ello, podemos ver en el trabajo de Norbert Elias (2016) sobre cómo las personas tienen que estar en contacto con otras para aprender reglas de etiqueta y decoro, a tener la capacidad de inhibir ciertas acciones para mantener la imagen de persona civilizada.

Por otra parte, si seguimos el pensamiento de la teoría del estímulo-respuesta, nos es difícil pensar que las cosas que hacen las personas cotidianamente son únicamente resultado del aprendizaje de las experiencias previas en donde han incorporado la respuesta más gratificante para actuar de manera “correcta”. Este tipo de teorías no explica el cambio social al establecer que, al ser aprendida la mejor manera de obrar, la persona continúa así por el resto de su vida. Así mismo, no hay un cuestionamiento de que es correcto o incorrecto, el

uso de estadísticas para el establecimiento de lo correcto obedece a la cantidad de personas que se comportan de una manera regular con respecto a minorías que, al darse la oportunidad de actuar diferente, son catalogadas de comportamientos incorrectos. Dicho esto, algunos psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras intentan ajustar los comportamientos “equivocos” para que se parezcan más a los comportamientos de grueso de la población. Esto es una visión simplista del quehacer humano.

Por último, la teoría de la cultura hace tan evidente que exista una estructura externa al individuo que no hay preguntas particulares para explicar por qué las personas hacen las cosas. De esta manera, los expertos en el tema de las adicciones, se han anclado, cual sanguijuelas, a las explicaciones estructurales de la adicción. Así, un consumidor de drogas lo es porque el lugar en donde se desarrolla es de escasos recursos así que, culturalmente, el uso de drogas se hace para evadir su realidad. La respuesta doctrinaria y estática de esta propuesta es determinista ya que la explicación a todo el quehacer humano se limita a la frase simplona “se comportan así porque es cultural”. Becker pone un ejemplo, proporcionado por Blumer, que deja esto más claro:

Take any ten minutes of your own experience and try to explain it in the language and concepts proposed by his three bêtes noires. This seemed trivial to us until we tried to do it, then we discovered that we could not find, to take the approach that seemed most reasonable to us at the time, an explanation "in the culture" for the details of what we did and thought in the most ordinary situation: shaving, washing the dishes, crossing the street. "Culture" had no prescriptions for how I put on my pants, other than to get them on somehow so as to be "properly" dressed, and no prescription for how brown my toast should be. [Tome diez minutos al azar de su propia existencia y proporcione una explicación en el lenguaje y los conceptos propuestos de mis tres bestias negras, es decir, las tres corrientes mencionadas anteriormente. Eso parecía simplista hasta que intentamos hacerlo. Luego descubrimos que no podíamos encontrar, de una manera que a todos nos pareciera la más razonable, una expresión “en la cultura” para detalles de lo que estábamos haciendo pensando en las situaciones más comunes: Afeitarse, lavar los platos, cruzar la calle. La “cultura” no da ninguna indicación sobre como ponerme los pantalones, si no para ponerlos de alguna manera para vestirlos adecuadamente, y no proporciona indicaciones sobre el grado de cocción de mi pan tostado] (Becker, 2012)

Por lo tanto, las respuestas de estos enfoques están firmemente vinculadas con la naturaleza humana, determinadas por la experiencia previa o simplemente tomadas de la cultura por lo que no es probable que, una vez activados estos

mecanismos biológicos, psíquicos o estructurales, la actividad de las personas cambie. Así, no encontramos en esos términos explicación del cambio social.

Llegado este punto habría que preguntarnos ¿Por qué estos enfoques no explican de manera precisa el quehacer de las personas en las cosas más simples? Esto es debido, en primera instancia, a su visión ontológica que percibe al humano como un ser individual, aislado de los otros. De esta manera la idea de interacción nos sirve para solventar las deficiencias que las propuestas mencionadas no satisfacen a la explicación de los actos de las personas; así, esta noción plantea que las actividades que realizan las personas no son para nada solitarias, siempre se está actuando en relación a otros. Por tanto, el quehacer humano centrado desde una perspectiva interaccionista no se fija en los actos cómo si estos fueran individuales, sino que pone atención en el desarrollo de la acción colectiva, es decir, en como las personas actúan de manera conjunta para crear una actividad que se convierte en algo a lo que todos han contribuido.

Ya hemos mencionado que otro sentido por lo cual las explicaciones de los enfoques anteriores falla, es debido a que las personas aparecen como seres pasivos. Por ello, la idea de interacción plantea que los seres humanos son activos. Esto se puede afirmar debido a que, si nos damos a la labor de observar y preguntar, poniendo atención a los detalles, las personas no se plantan allí esperando que alguna fuerza invisible, “algo”, los impulse a actuar. En cambio, podemos observar que las personas siempre se encuentran actuando en distintas regiones de un espacio; siempre están intentando hacer algo, buscando a su alrededor las formas y los medios para intentar lograr lo que están tratando de hacer.

Lo anterior nos lleva a la otra debilidad en los enfoques que hemos revisado, en ellos, aparece el comportamiento como algo automático, el estímulo externo o interno producen de manera instantánea el comportamiento de las personas. La perspectiva de la interacción posibilita observar que los actos humanos no son automáticos, las personas tienen como posibilidad darse un descanso

durante el cual estas reflexionan²¹ sobre la acción en proceso y, quien lo dijera, piensan en otras posibilidades para reaccionar ante lo que sucede. Para las *tres bestias negras*, los actos son irreflexivos, obedecen únicamente a impulsos biológicos, psíquicos y estructurales; no tienen en cuenta que durante los descansos de las personas, momento en el cual tienen la posibilidad de contemplar lo que pasa a su alrededor, buscan dentro del repertorio de posibilidades de accionar la manera en la cual llevaran a cabo el acto, esto pensando en la respuesta de los otros, es decir, las personas tienen la capacidad de anticipar lo que pasará, aunque el desarrollo en escena no se desarrolle como ellos esperaban.

Retomando lo anterior, tenemos la necesidad de explicar dos cuestiones fundamentales, a saber, a qué nos referimos cuando hablamos de descanso y a explicar el proceso de fiscalización. En primer lugar, no debemos pensar que el descanso se limita a una cuestión corpórea; de hecho, podemos pensar el descanso como una característica situacional que tiene dos formas de presentarse. Por una parte, tenemos que el descanso se puede dar en una región posterior esto implica que:

Una región posterior o trasfondo escénico puede definirse como un lugar, relativo a una actuación determinada, en la cual la impresión fomentada por la actuación es contradicha a sabiendas como algo natural... Es aquí donde la capacidad de una actuación para expresar algo más allá de sí misma puede ser cuidadosamente elaborada; es aquí donde las ilusiones y las impresiones son abiertamente proyectadas...Aquí diversas clases de equipo ceremonial, tales como diferentes tipos de bebidas o vestimentas, pueden ser ocultadas de tal forma que el auditorio no podrá comparar el trato que se le dispensa con el trato de que podría ser objeto... Aquí, los trajes y otras partes de la fachada personal pueden ser arreglados e inspeccionados en busca de defectos. Aquí, el equipo puede examinar su actuación... Aquí, el actuante puede descansar, quitarse la máscara, abandonar el texto de su parte y dejar a un lado su personaje (Goffman, 2009: 131-133)

Por tanto, este primer tipo de descanso permite a la persona (re)elaborar su actuación, en un lugar donde no es visto por las otras personas del auditorio,

²¹ Esta reflexión no implica que debamos de tratar a la persona como un agente en su totalidad. Las personas ocupan marcos de referencia o esquemas interpretativos que permiten a la persona "situar, percibir, identificar y etiquetar un número aparentemente infinito de sucesos concretos definidos en sus términos" (Goffman, 2006: 23); de esta manera las situaciones ya se encuentran, de cierta manera, estructuradas, pero es la persona quien elige, dentro de la bastedad de posibilidades, actuar de tal o cual forma. Con ello se establece que las situaciones no son de carácter espontáneo o creaciones momentáneas de agentes, sino marcos de referencia que las personas conocen y que posibilitan el desarrollo de una actuación.

(re)pensando la forma de dirigirse frente a las personas con las que está llevando a cabo una escena, esto es, pensar lo que va a hacer y decir cuando llegue el momento de su accionar; así, las personas siempre están pensando y están al pendiente de lo que los otros dirán, como también de la forma en la que reaccionaran ante su actuación. Este descanso puede ser de mediana y larga duración.

En segundo lugar, tenemos el descanso que se desarrolla en la región anterior lo cual hace referencia “al lugar donde tiene lugar la actuación” (Goffman, 2009: 125), esto implica la actuación frente a otros. El descanso en esta situación, a diferencia de la anterior forma, es de duración corta por lo que la persona tiene que elegir de manera rápida la forma en la que actuará frente a los otros; la pausa que se realiza es mientras se encuentra en interacción con otro u otros en el auditorio, la persona espera su turno de actuar mientras escucha y observa cómo se va desarrollando la situación, de ahí que tome la decisión de elegir tal o cual marco de referencia para su accionar.

Lo que se gesta en la situación de descanso en las dos regiones mencionadas trae consigo una aplicación de fiscalización. Siguiendo a George Herbert Mead, podemos entender por fiscalización el cálculo de la actitud de los otros, esto implica: a) saber cuál es la actitud y provocarla en los demás; b) provocar en *mí* la actitud que voy a provocar en el *otro* y; c) la actitud de uno es adoptada de la conducta de los otros. Esto queda ejemplificado de la siguiente manera:

Si yo puedo adoptar la actitud de un amigo con el cual sostendré una discusión, al adoptar tal actitud podré aplicarla a mí mismo y replicar como él replica, y podré dar mucho mejor forma a las cosas que si no hubiese empleado en mi conducta esa conversación de gestos (Mead, 1973: 195).

Aunque aceptamos que existe un proceso de fiscalización, consideramos que la noción de Mead tiene un carácter estático e individualista; su concepción no incorpora el conflicto como parte de la condición humana dado que, si me comporto como el otro espera que me comporte, la situación se reduce a ser ordenada. Parece ser que la respuesta que esperamos de los otros siempre cumplirá con las expectativas que hemos internalizado y viceversa.

Para solventar esta carencia, es imperante comprender que cuando la persona piensa en qué forma se va a dirigir con los otros, durante el descanso que se

da, no implica que el actor imagine correctamente la respuesta de los demás, así, es improbable que la anticipación sea cierta, sino como una posibilidad. De esta manera, tenemos que pensar que durante la reflexión de la persona sobre la manera en la que dirigirá su actuación suele ser en su mayoría inexacta, por lo cual requiere que la persona ajuste lo que está haciendo para integrar la información que los demás le otorgan. Así, en una mesa de Black Jack en el casino los jugadores esperan que el jugador anterior a ellos sepa las reglas del juego y actúe conforme a ellas, pero cuando este pide cartas de más y arruina el juego de los otros para darle el triunfo al *crupier*, nos podemos dar cuenta que la expectativa no gobierna sobre la interacción y la actuación de los otros.

Por lo tanto, las personas no reaccionan a las expectativas de lo que los otros desean, sino que generan estrategias en la interacción, pensando que cuando una persona ésta en escena es porque va a desarrollar una actuación, de otra manera no se encontraría en ese lugar. Así, pensamos que las respuestas nunca son actos aislados, siempre están pensadas en los otros y en el desarrollo de estrategias, es decir, amplios marcos de acción en los cuales las personas observan el proceso de las cosas que van sucediendo en el entorno; las personas se encuentran considerando respuestas a ese proceso anticipándose a algunas de ellas y esto repitiéndose una y otra vez. El juego de ajedrez es un excelente ejemplo de esto:

During such pauses, the actor thinks about how others will respond to what he is thinking of doing, and adjusts what he was going to do to take account of that imagined response. The model here is the chess game, in which I think about moving my pawn here, stop to think what my opponent will do if I do that and, seeing that he has a good response to my planned move, try something else.

This does not assume that the actor imagines the response of others correctly, that the chess player will never be wrong about what the opponent is going to do. In fact, it is most likely that those responses will not be imagined correctly. Instead, there will be inaccuracies which will require the actor to adjust what he is doing to take account of the new information provided by others' reactions.

But, of course, there are never only two people involved. The actor never thinks only about one person sitting across the chessboard. Instead, the actor takes account of all the people involved in the action undertaken. Even in the chess match, there are onlookers, other players who are potential opponents on other days, officials of chess organizations, family members, etc., etc. In constructing a line of action, the actor more or less

simultaneously takes into account the potential responses of all these people.

[Durante esas pausas, el actor piensa en cómo responderán los demás a lo que está pensando hacer y ajusta lo que iba a hacer para tener en cuenta esa respuesta imaginada. El modelo aquí es el juego de ajedrez, en el que pienso mover mi peón aquí, parar a pensar qué hará mi oponente si lo hago y, viendo que tiene una buena respuesta a mi movimiento planeado, pruebe otro movimiento.

Esto no implica que el actor imagina correctamente la respuesta de los demás, que el jugador de ajedrez nunca se equivoca sobre lo que el oponente está a punto de hacer. De hecho, es improbable que la anticipación sea cierta. Por el contrario, habrá inexactitudes que requieren que el actor ajuste lo que está haciendo para integrar la nueva información provista por las reacciones de los demás.

Pero, obviamente, no solo hay dos personas involucradas. El actor nunca piensa solo en una persona sentada al otro lado del tablero de ajedrez. En cambio, el actor toma en cuenta a todas las personas involucradas en la acción emprendida. Incluso en un juego de ajedrez, hay espectadores, otros jugadores que son opositores potenciales para otros días, oficiales de organizaciones de ajedrez, miembros de la familia, etc. Al desarrollar su estrategia, el actor toma en cuenta más o menos simultáneamente las posibles respuestas de todas estas personas] (Becker, 2012)

Por supuesto que no es conveniente pensar que las personas que ocupan estrategias siempre logran sus objetivos ya que han tomado las mejores decisiones sacadas de los marcos de referencia que estas conocen. Esto sería irreal dado que las cosas no se realizan de acuerdo con las expectativas de las personas, esto quiere decir que se vive más o menos en una situación en que las personas quedan satisfechas con lo que ha sucedido y, de no ser así, buscan estrategias para minimizar el conflicto y llegar al acuerdo. Lo que resulta interesante de la interacción, es la capacidad de las personas de improvisar cuando se está dando una actuación.

Lo anterior no debe pensarse como si cada situación estuviera cambiando toda la estructura cada vez que se gesta una interacción, pensamos que existe cierta regularidad y estabilidad en las acciones humanas, de lo contrario se caería en el error de pensar que todo es un desastre o es armonioso. Las personas no actúan al azar, por lo cual la corriente del interaccionismo tiende a cuestionarse como suceden las cosas. En realidad, se pueden duplicar las cosas como ya han pasado en alguna otra ocasión, pero esto debe ser reconocido como una posibilidad y no como una garantía. Así, si retomamos los ejemplos del Black Jack o del ajedrez, podemos ver que las reglas

proporcionan un marco que hace que las partidas sean jugables, pero no dicta la forma en la que se desarrollaran los movimientos.

De hecho, *las tres bestias negras* no son del todo desechables, siempre y cuando se incluya el aspecto de la interacción en ellas. De esta manera, en la teoría de los instintos, es verdad que los comportamientos tienen una base biológica, que incluye necesidades básicas y habilidades para la acción, es decir, se necesita del cuerpo para llevar a cabo la interacción; así, por ejemplo, todos tenemos necesidades sexuales, pero primero deben verse como deseos, y no como instintos, que deben satisfacerse de cierta manera, aunque debe entenderse que este deseo se aprende a través de las interacciones con el entorno que incluye a otras personas.

Si vemos que existe estabilidad y regularidad en lo social, tendemos a ver que en la teoría del estímulo respuesta la mayor parte del comportamiento es automático, pero esto solo es posible en situaciones específicas y no como una garantía general. Así, una persona puede permitirse tener un comportamiento automático solo en la medida en que ésta se encuentre totalmente segura de que la respuesta de los demás será lo que ha sido siempre, sin cambios. De esta manera la persona puede permitirse en estas situaciones actuar con su cuerpo de manera rutinaria dado que el accionar de los otros es de forma predecible como, por ejemplo, dejar que la gente baje primero del transporte público para después uno abordar la unidad.

Por último, en la teoría de la cultura, hay un acuerdo compartido, más o menos conocido, por todos los participantes en cualquier acción colectiva, que puede servir como marco de referencia para todos ellos y así poder anticipar las acciones de los demás. Pero debe considerarse que ese acuerdo compartido es solo el comienzo de las negociaciones estratégicas en la situación que constituyen la interacción, y no una ley general de comportamiento estático, por tanto, la cultura sirve como una guía momentánea en lo que las personas implementan estrategias hacia y con los otros.

Así, la funcionalidad de estos tres enfoques se da únicamente si la situación lo permite y no como una ley general del quehacer humano. Esto solo es posible cuando aparece una forma de acción colectiva, redes de cooperación, dado

que las personas se encuentran en situación de consenso convencional, que es aquello que es aceptado y es dado por hecho por todos los participantes. Sin embargo, esta parte solo nos proporciona el lado de la estabilidad y no explica el lado conflictivo de las situaciones:

If everyone acts conventionally, things will run more smoothly. People learn that culturally suggested responses "work" and so continue to make them, and that means that these responses work for everyone else as well. It's circular. So "inertia" plays an important role in keeping collective action stable. At least until something intervenes: circumstances change, someone is willing to take on the additional trouble entailed by doing things differently, etc. [Si todos actúan de acuerdo con la convención, las cosas van sin problemas. Las personas aprenden que las respuestas sugeridas por la cultura "caminan" y, por lo tanto, continúan aplicándolas y esto significa que estas respuestas también funcionan para todos. Es circular. Por lo tanto, la inercia juega un papel importante en el mantenimiento de la acción colectiva. Al menos hasta que algo pase: las circunstancias cambian, alguien quiere tomarse la molestia de hacer las cosas de manera diferente, y así sucesivamente] (Becker, 2012)

La teoría interaccionista de la desviación nos ayudará para comprender esta situación, sin embargo, queda un cabo suelto por aclarar, si las personas no crean las situaciones espontáneamente cuando están interactuando ¿De dónde toman los elementos para su accionar? Hemos dicho que las personas no efectúan su actuación de manera espontánea, sino que dirigen su acción pensando en marcos de referencia que posibilitan la interacción y la situación en la que se encuentran. Para comprender esto de mejor manera, tomemos prestado lo que refiere Goffman sobre la fachada:

Las fachadas suelen ser seleccionadas, no creadas, y podemos esperar que surjan problemas cuando los que realizar una determinada tarea se ven forzados a seleccionar un frente adecuado para ellos entre varios bastante distintos. (Goffman, 2009: 42)

Al igual que la fachada, las personas seleccionan de entre una gran gama de posibilidades la manera en la que llevarán a cabo su actuación. Por tanto, los guiones de actuación no se encuentran dentro de las personas, son hechos externos a ellas y son ocupados de manera situacional. Las formas de dirigirse hacia el auditorio no son creadas en el momento de la interacción, sino que son seleccionadas de marcos que las personas tienen identificados, tienen una existencia previa; pero quedarnos con esta noción nos queda corto en el sentido de que no explica cómo cambian las cosas. Para ello, tenemos que aludir a la idea de que las personas no son totalmente creativas, sin embargo,

durante una actuación frente al auditorio la persona no puede darse la oportunidad de quedarse sin un diálogo o actitud que no sea conforme al guion situacional que se ha establecido debido a que su interacción se verá como una deficiencia que le puede acarrear problemas. Las personas, al saber que el *show debe continuar*, hacen uso de lo que podemos llamar capacidad de improvisación.

Dicha capacidad de improvisar tiene que ver con la atención que la persona presta cuando se encuentra en escena dado que, si ha olvidado las líneas del guion, la persona tiende a utilizar como marco de referencia lo que se ha dicho y hecho en esas circunstancias en el pasado. Así, las personas no reaccionan volitivamente por impulsos, sino que piensan, hacen las cosas con los recursos que tienen a la mano, dado que la situación no estaba prevista o no estaban preparados para actuar ante tal situación.

De esta manera, la acción colectiva se hace visible, esta forma de tener presente lo que otros hicieron, hacen y harán sirve como herramienta a las personas para seleccionar una forma de actuación. La improvisación amplía la gama de posibilidades y con ello explicamos que las interacciones no son unidimensionales, sino que tienden a ser un universo infinito de interpretaciones en la escena social, con lo cual, todos y todo se encuentra en movimiento constante a mediano y largo plazo, dado que la *inercia*, esta incapacidad de que aún en movimiento las personas sigan patrones regulares de actuación, hace imposible que veamos cambios hiperacelerados en la modernidad.

Hasta aquí hemos revisado lo que concierne a la primera parte de la interacción que hace referencia a actuaciones cara a cara, en copresencia de otros. Sin embargo, hemos de considerar la segunda parte de la interacción, a saber, ¿Cómo nos afectamos mutuamente sin estar en copresencia de otros? A esto se aludirá como interacción por *intercambio de efectos*.

A lo largo del texto de Georg Simmel (2017) encontramos una idea que concierne a diferenciar las teorías sociológica de las teorías psicológicas; la intención de ello es plantear que, si bien el autor nos dice que existe algo que podemos llamar psique (individual), existe una fuerza que hace que los

humanos nos mantengamos unidos a pesar de las formas armoniosas o belicosas de actuación de las personas. Así, “ni las cosas psicológicas, ni en las metafísicas, se encuentra la univocidad de una regla científica, sino siempre en la posibilidad de oponer su contraria a cualquier observación o posibilidad” (Simmel, 2017: 31). Esto indica la incapacidad de las teorías psicológicas de poder acercarse a los fenómenos de índole social dado que el encontrar regularidades en el actuar de las personas resulta epistemológica y ontológicamente difícil dada su posición en este sentido.

Al observar esta carencia, Simmel plantea utilizar el principio heurístico de *intercambio de efectos*, la idea central es la siguiente:

Me resulta indudable que hay sólo un fundamento del que se desprende una objetividad menos relativa para la unificación: el intercambio de efectos [Wechselwirkung] entre las partes. Designamos todo objeto como unitario en la medida en que sus partes están en una relación recíproca dinámica. Un ser vivo ofrece la apariencia de unidad de una manera tan especial porque en él observamos el efecto energético de cada parte sobre la otra, mientras que la cohesión de una figura natural inorgánica es tan endeble que la pérdida de una parte deja, en lo esencial, intactas las características y funciones de las otras. (Simmel, 2017: 43)

Lo que resulta interesante, en primera instancia, es destacar el hecho de que todas las personas se encuentran (incluso uno mismo) unidas gracias al intercambio de efectos, esta forma de interdependencia en la cual todas las partes se encuentran interconectadas, por tanto, el cambio en una parte o persona puede cambiar las cosas en otra parte o persona. Pero hasta aquí parece que los intercambios de efectos sólo se pueden dar en relación uno a uno, muy similar al concepto de interacción. De hecho, las traducciones al castellano de la palabra Wechselwirkung se ha traducido en otras obras de Simmel como interacción, al respecto Leonel Lewkow, un especialista en la obra del clásico tardío refiere que:

La noción de Wechselwirkung podría traducirse también como *interacción*, no obstante, esta alternativa lleva a un doble equívoco: en primer lugar, en la tradición sociológica el concepto de interacción tiene un significado más acotado que el de Wechselwirkung ya que se refiere a los vínculos cara a cara, mientras en el presente escrito el *intercambio de efectos* es un principio ontológico general que abarca no sólo problemáticas sociales, sino también, por ejemplo, los nexos entre las partes de los organismos; en segundo lugar, al traducir este término como interacción se pierde su nexo con el pensamiento causal que discute Simmel aquí. (Lewkow en Simmel, 2017: 43)

Así, el intercambio de efectos hace del espectro de la interacción un concepto más amplio ya que con el podemos entender relaciones que van más allá de las relaciones cara a cara. A saber, la posibilidad del concepto nos posibilita entender cómo se afectan una institución con otra; cómo se afectan un Estado con otro; cómo se afectan una clase social con otra; inclusive podemos observar cómo una institución afecta a una persona o a varias personas. De esta manera, debe entenderse que el orden de interacción cara a cara comprende un primer espectro de relaciones sociales, mientras que el segundo plano de estas relaciones entre personas e instituciones es el intercambio de efectos²². Así, hemos de considerar que:

Tenemos que aceptar como principio regulativo del mundo que todo está en algún intercambio de efectos con todo, que entre cada punto del mundo existen fuerzas y relaciones que van y vienen. Entonces no se nos puede negar desde la lógica de la posibilidad de seleccionar unidades arbitrarias e integrarlas en el concepto de *un ser* cuya naturaleza y movimientos tendríamos que determinar según su historicidad y legalidad. Aquí lo decisivo sólo es cuál de los compendios resulta conveniente para la ciencia, en cuál de ellos el intercambio de efectos entre los seres es bastante fuerte para prometer, mediante su tratamiento aislado frente a los intercambios de efectos con otros seres, un esclarecimiento superior, el cual permita llegar a determinar si la combinación del caso se repite de modo que pueda haber un conocimiento de su tipicidad; es decir, un conocimiento que aunque no esté basado en la legalidad reservada al conocimiento de los intercambios de efectos de las partes simples demuestre, sin embargo, su regularidad. (Simmel, 2017: 44-45)

Por lo anterior, decidimos considerar en el primer capítulo de esta tesis el aspecto que concierne a observar la historicidad del proceso que, en intercambio de efectos, hace posible que a los consumidores de sustancias consideradas ilícitas sean afectados por las disposiciones del Estado y cuáles son las implicaciones de esos efectos; así mismo, durante el segundo capítulo se observa como la organización médico-psiquiátrica afecta de manera distinta a las personas que antes fueron criminalizadas y pasan a ser vistas como pacientes; y en nuestro capítulo tercero nos centramos en observar las relaciones de interacción cara a cara de una institución total.

²² Dada esta circunstancia, el capítulo primero y segundo tienen que ver con el segundo orden de relaciones entre personas, es decir, el intercambio de efectos; el tercer capítulo de esta tesis concierne a observar las interacciones cara a cara en un mundo de vida cotidiana del interno con el personal del CEAIA.

Sin embargo, lo anterior puede causar controversia en el sentido de una selección, se pensará, arbitraria de las partes que componen nuestro objeto de estudio, así el lector se preguntará ¿cómo se determinó que estas organizaciones afectan la vida de las personas consumidoras de sustancias ilícitas? El principio de intercambio de efectos sugiere que todo está vinculado y que todas las partes se afectan entre sí; sin embargo, sería necio querer estudiarlo “todo” ya que el hecho de pensarlo es harto pretencioso, como en su tiempo lo fue el planteamiento de Talcott Parsons y su “Gran Teoría”. De esta manera Simmel nos dice que:

Aunque estos elementos no son unidades reales en sí, aquí tienen que ser tratados de esta manera para poder dar cuenta de las síntesis superiores, ya que cada uno tiene un *efecto* unificador en relación con los otros, por eso no es necesario que el intercambio de efectos que constituye la sociedad se dé entre las personas humanas, también pueden ser grupos enteros que, junto con otros, hagan surgir una sociedad. (Simmel, 2017: 45)

De esta manera, las unidades de análisis fueron seleccionadas para buscar de qué manera, en lo que concierne a la amplia gama de posibilidades de observación del fenómeno del consumo de sustancias ilícitas, se afecta la vida cotidiana de las personas que se ven involucradas en ésta situación de consumo. Lo que une a las instancias que aquí observamos es precisamente la situación de consumo de sustancias ilícitas y el entramado de relaciones e interacciones que posibilitan el internamiento “terapéutico” de las personas que hacen uso de dichas sustancias. Así, nos interesa observar la manera en que se preservan de manera duradera ciertas formas de organización como la siguiente sentencia lo sugiere:

Donde tuvo lugar una asociación cuyas formas perduran, aunque los miembros individuales sean expulsados o ingresen miembros nuevos; donde existe una posesión exterior común que no puede ser apropiada por un individuo ni estar a su libre disposición; donde existe una suma de conocimientos y contenidos vitales morales que no crece ni disminuye por la participación de los individuos y, por tanto, de cierto modo, cobró sustancia, quedando a disposición para todos los que quieran tomar parte de ella; donde el derecho, las costumbres y la circulación económica han desarrollado formas a las que todos los que ingresan en cierta convivencia espacial con otros se adaptan y tienen que adaptarse; en resumidas cuentas, ahí hay sociedad, ahí en el intercambio de efectos se condensó en un cuerpo que, por su carácter social, diferencia estos efectos recíprocos de aquellos que desaparecen con los sujetos que actúan de manera inmediata y su comportamiento es fugaz. (Simmel, 2017: 49)

De esta manera, para la lectura posterior de la tesis, deben considerarse los elementos como los de institución y desviación así como los de interacción cara a cara e interacción por intercambio de efectos, entendiendo que se están observando dos órdenes de la interacción, a saber, las que conciernen a las relaciones que se dan entre organizaciones con personas en situación de consumo; y en el entramado de relaciones que se dan cara a cara cuando se encuentra una persona en situación de interno por el uso de sustancias ilícitas. Así, queda por explicar cómo es que debe de entenderse la idea de desviación durante la tesis.

III. Desviación

El presente apartado tiene como objetivo dejar en claro que se entiende por desviación desde la teoría interaccionista de la desviación y contestar a algunas de las críticas más fuertes que se le han elaborado a dicho planteamiento teórico. En primer lugar, consideremos la máxima de Becker donde plantea que:

La desviación es creada por la sociedad. No me refiero a la manera en que esto se entiende comúnmente, que sitúa las causas de la desviación en la situación social del individuo desviado o en los “factores sociales” que provocaron su accionar. Me refiero más bien a que *los grupos sociales crean la desviación al establecer las normas cuya infracción constituye una desviación* y al aplicar esas normas a personas en particular y etiquetarlas como marginales. Desde este punto de vista, la desviación *no* es una cualidad del acto que la persona comete, sino una consecuencia de la aplicación de reglas y sanciones sobre el “infractor” a manos de terceros. Es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal, y el comportamiento desviado es el comportamiento que la gente etiqueta cómo tal. (Becker, 2009a: 28)

Erróneamente, a causa de la mención de la etiqueta en esta concepción de desviación, se ha encuadrado a Howard S. Becker como un pionero del estudio de teoría del etiquetamiento. Decimos que es errónea esta concepción porque dentro del modelo teórico que Becker (2009a) emplea, la etiqueta solo es una parte que conforma la desviación y no es el eje central de su pensamiento. Ante tal argumento, nos vemos en la necesidad de contestar algunas de las críticas que se le han hecho a su planteamiento.

En el libro *La nueva criminología: contribución a una teoría social de la conducta desviada*, Ian Taylor, Paul Walton y Jock Young (2007), se encargan

de rastrear los inicios de la ciencia por intentar definir lo que es desviación y crimen. Aquí encontramos una serie de críticas que han recolectado sobre la “teoría del etiquetamiento” que nos encargaremos de revisar a continuación.

1.- Becker confunde desviación entre las personas que infringen las normas y las que son etiquetadas como desviados:

Becker está confundido, porque no se trata acá de dos categorías, sino de dos procesos sociales distintos: de qué modo un comportamiento se rotula como desviado y qué sucede con alguien así rotulado. La confusión de Becker es consecuencia de su deseo de reservar la categoría <<desviado>> para aquellas personas que son calificadas como tales, pero hacerlo equivale implícitamente a decir desde un primer momento que los que infringen normas y los que, además, reciben el rótulo de desviados son fundamentalmente diferentes en las respectivas percepciones que tienen de sí mismos. Como veremos, esto hace que Becker y los demás teóricos de la reacción social se concentren excesivamente en la importancia que reviste la rotulación para la práctica consciente de actos desviados. (Taylor *et al.*, 2007: 170)

Esta crítica se encuentra fuera del contexto del libro *Outsiders: hacia una sociología de la desviación* ya que posee, por lo menos, dos ambigüedades. En primer lugar, parte del hecho de que existen personas que son desviadas en su totalidad, que estas personas son “verdaderamente” perversas. Al respecto, Nicolás Maquiavelo (2003) en su obra *El príncipe* establece que los hombres son perversos por naturaleza; mientras tanto, Jean Jaques Rousseau (1999) plantea en su *Discurso sobre el origen de la desigualdad* que el hombre es bueno por naturaleza, pero se hace malo por culpa de las instituciones sociales. Ambos principios tienen en común que los comportamientos son natos, cosa que discutimos en el apartado anterior, y que existe una escancia malévolas en los hombres indudablemente.

La postura de Becker al respecto es que no se es ni totalmente bueno ni totalmente malo, sino que las actuaciones de las personas son definidas en cuanto a la existencia de normas y son clasificadas conforme a ello, por tanto, la desviación no es sólo el quebrantar las normas, hay que ser señalado como un desviado; pero la rotulación no es automática, el ser etiquetado como desviado depende de la situación. En este sentido, la desviación debe entenderse con cuatro variaciones: a) *la variación a lo largo del tiempo*, lo cual sugiere que un acto desviado cometido por una persona puede tener una

respuesta por parte de los otros de una forma más indulgente que en otro momento. b) *Un acto desviado será tratado como tal dependiendo de quien lo comete*, aquí, las reglas son aplicadas con más fuerza a unas personas respecto a otras lo cual denota cierto tipo de discriminación dependiendo la clase social a la que se pertenece hablando en términos de estratificación social. c) *Dependiendo a quien le perjudica la acción desviada* y d) *cuando las leyes son aplicadas únicamente cuando su quebrantamiento tiene consecuencias*, de no ser así, se puede ser indulgente con el transgresor.

En segundo lugar, la crítica que se dirige al postulado de Becker tiene la deficiencia de pensar que la persona que comete una infracción de la norma es un desviado general. Aquí, la sugerencia de Becker (2009a) es que la persona que infringe la norma no debe tratarse como un desviado general sino que debe ser tratada como una persona que cometió un acto de desviación específica. Inclusive, podemos tomar de Albert Cohen su discusión en cuanto a la crítica que Taylor *et al.* hacen de Becker:

Una cosa es cometer un acto desviado (p. ej., mentir, robar, mantener relaciones homosexuales, tomar narcóticos, beber en exceso o competir deslealmente) y otra muy distinta es ser acusado y calificado de desviado, es decir, ser definido socialmente como mentiroso, ladrón, homosexual, drogadicto, borracho, embaucador, matón, estafador, rompehuelgas, etc. Es ser equiparado a un tipo o categoría especial de personas, tener asignado un rol. El rótulo –el nombre de ese rol- hace algo más que indicar que uno ha cometido tal o cual acto desviado. Cada rotulo evoca imágenes características. Hace pensar en alguien que, *normalmente o habitualmente*, practica cierto tipo de desviación; en alguien de quien se puede esperar que se comporte de esa forma; en alguien que es, literalmente, un conjunto de cualidades odiosas o siniestras. Activa sentimientos y provoca respuestas de los demás: rechazo, desprecio, sospecha, retraimiento, temor, odio. (Cohen en Taylor *et al.*, 2007:171)

Lo anterior nos proporciona la importancia de la etiqueta, pero la etiqueta no es efectiva si no se consideran las variaciones por las que atraviesa la persona que realiza un acto desviado.

2.- La afirmación de Becker sólo puede ser aplicable a la acción física, es decir, a la que todavía no tiene significado social.

Siguiendo a Max Weber, pensamos que los desviados, tal como todos los demás actores, a menudo cargan de significado a sus actos y que, además, ese significado no se reinventa cada vez que las personas realizan un acto físico. Por el contrario, se basa en un cúmulo constante de

significados sociales que existen para describir actos físicos. Solo oponiendo totalmente acción física y acción social puede la teoría de la reacción social sostener que una acción únicamente es desviada cuando así la definen los demás... sin embargo, la mayor parte de los actos desviados y especialmente los delitos, son actos físicos que tienen significados sociales claros. ¿Hay algún asaltante de bancos que no sepa que está realizando el acto social de robar? El apoderarse de un objeto (un acto físico) sin permiso de su dueño siempre será descrito como un robo en aquellas sociedades en las que existe la institución de la propiedad privada. (Taylor *et al*, 2007: 175)

La objeción que presentan los críticos es que las personas no actúan en un mundo libre de significados sociales, estableciendo que las personas saben bien cuales son y cuales no son actos desviados. Sin embargo, la crítica queda descontextualizada ya que están sacando de la línea del interaccionismo el hecho de los significados, peor aún, interpretan la propuesta de Becker como si se tratara de interaccionismo simbólico. De hecho, los significados de las acciones se dan por la acción colectiva, pero es solamente mediante la interacción con otros y con prácticas poco convencionales que las personas aprehenden las formas de hacer las cosas. Es cierto que, en un principio, las personas pueden pensar que se están portando de manera inadecuada ya que han incorporado, por medio de las instituciones, lo que es correcto o incorrecto, pero cuando descubre que hacer ciertas cosas, como fumar marihuana o consumir cocaína no es tan malo como dicen, resignifica lo que los *empresarios morales* definen como malo, depravado o perverso, lo cual no indica que la persona, por el hecho de cometer un acto desviado una vez, lo siga haciendo ya que la propuesta de Becker se dirige a exponer que para que una persona continúe realizando una actividad “desviada” necesita pasar el modelo simultáneo y secuencial que se propone en la teoría interaccionista de la desviación.

Lo anterior implica que existen múltiples factores que operan de manera simultánea para producir un fenómeno intentando descubrir cuál es la combinación de variables que permiten observar de mejor manera cómo se “comporta” el fenómeno. “Pero la realidad es que no todos los factores operan al mismo tiempo” (Becker, 2009a: 42) por lo que se requiere del uso de un modelo secuencial que nos ayude a ver como la persona se puede encontrar en situación de consumo de sustancias ilícitas.

3.- Las tipologías de desviación tienen problemas de lógica.

Becker (2009a: 39) nos ofrece una tipología el cual se representa de la siguiente manera:

	Comportamiento obediente	Comportamiento que rompe la regla
Percibido como desviación	Falsa acusación	Desviado puro
No percibido como desviación	Conformista	Desviado secreto

La crítica al cuadro tipológico presentado por Becker es la siguiente:

El problema de esta tipología es que engloba y confunde todas las cuestiones que los mismos teóricos de la reacción social han planteado correctamente. En efecto, si la desviación depende de la reacción pública, ¿cómo puede haber un desviado en secreto? Es evidente que la tipología solamente tiene sentido si coexisten la concepción de desviación como infractor de las reglas y el enfoque basado en la reacción; porque, si bien ambos son analíticamente separables, también están vinculados, en la medida en que sin infracción de las reglas no habría ningún desviado, excepto el <<acusado injustamente>>. (Taylor, 2007: 177)

En esta crítica encontramos problemas de interpretación. En primer lugar, la tipología hace referencia a tipos de comportamiento, no a tipos de personas, es decir, sirve para hacer un molde de acciones más que de personalidades. Esto implica que en un momento dado una persona puede actuar conforme a las normas establecidas, pero en cierta situación puede romper algún tipo de norma. En el apartado anterior vimos que las personas se encuentran en constante aprendizaje de marcos de referencia por lo cual es necio querer pensar que las personas ya saben cómo actuar en toda la gama infinita de posibilidades frente un auditorio, precisamente, el enfoque de interacción es lo que hace falta en la crítica. Por otra parte, cuando hablamos de desviación en secreto no niega en ningún momento que las personas saben que lo que hacen, de alguna manera molesta a otras personas, por ello tienden a ocultar su desviación.

De igual manera, la crítica no está considerando las etapas procesuales de las personas que adquieren marcos de referencia poco convencionales, es decir, no han pensado en que las personas cuando se inician en el consumo de

alguna sustancia ilícita están cargadas de ideas y nociones *a priori*, pensar que usar sustancias ilícitas es un acto aberrante. Por ello, las personas tienen que pasar por etapas secuenciales de *novato*, *ocasional* y *habitual*; las personas que ocultan su desviación lo hacen pensando en que otras, que se sienten con una moral superior, evitaran que lo hagan; de igual manera intentan evitar ser descubiertos porque se saben las implicaciones, castigo formales e informales, que puede acarrear el hecho de tener una vida poco convencional, lo cual no implica que todo el tiempo se sea un desviado; lo anterior siempre y cuando no se exhiba la etiqueta de consumidor de drogas ya que ello implica ser un *desviado puro* en donde las personas crearan una definición situacional con la cual *un yonqui siempre será un yonqui*.

4.- La sociedad es mala, el desviado es bueno.

Aunque los integrantes de esta escuela se acercan peligrosamente a decir que el comportamiento real carece de importancia, su contribución al estudio de la desviación consiste precisamente en su concepción del impacto que tiene sobre el comportamiento la fijación del rótulo. A veces se tiene la impresión, leyendo sus obras, que la gente anda por el mundo, cada cual en lo suyo, y de pronto aparece la sociedad mala y les endilga un rotulo estigmatizante. Forzado a asumir su rol de desviado, al individuo no le queda más posibilidad que serlo. Por supuesto, esta es una exageración, pero es fácil formarse esa imagen si se hace mucho hincapié en las repercusiones de la rotulación. Sin embargo, es exactamente esa imagen, suavizada y presentada en forma razonable, lo que constituye la contribución fundamental de la escuela de la rotulación a la sociología de la conducta desviada. (Taylor *et al*, 2007: 178)

En esta crítica sarcástica, aparece la sociedad como un ente malévolo que rotula a las personas y hace de sus vidas una rutina penosa y miserable. Sin embargo, este planteamiento es equivoco ya que deja de lado los principios fundamentales de la teoría interaccionista de la desviación. La acción colectiva hace que las personas se fijen en lo que otros hicieron, hacen y harán, por lo cual no andan por el mundo haciendo lo que quieran, son personas que se encuentran interconectadas y en interacción constante, en atención constante de cómo dirigirán su actuación frente a otros. La teoría interaccionista de la desviación propone desmitificar los fenómenos desviados, esto implica comprender que las instituciones que tratan a personas consumidoras de sustancias ilícitas siempre darán la mejor cara de ellas, la mejor impresión. Pero, de hecho, debemos de poner esa "cara bonita" en tela de juicio dado que

las instituciones tienden a ocultar lo que no desean que sea exhibido. Por último, la crítica no se ocupa de ver los aspectos morales, la conceptualización de desviación desde la perspectiva de Howard Becker incomoda a los izquierdistas porque dicen que no se ataca a las personas de alto rango que hacen que estas personas se encuentren enajenadas; las de derecha critican esta posición porque parece que abrazan normas poco convencionales que se contraponen al orden establecido.

Más allá del rotulo, la desviación es una relación social en la que intervienen multiplicidad de “factores” que tienen que ser considerados. Podríamos establecer que lo que hizo falta retomar en la teoría interaccionista de la desviación es profundizar en los aspectos que conciernen a las organizaciones, las interacciones son de suma importancia, pero queda corto el espectro que concierne a la intervención del Estado y las instituciones para formular un espectro más amplio de la desviación. Por ello la construcción de los capítulos de la presente tesis contienen esos elementos que, en interacción por intercambio de efectos, la historia de la institución y de la creación de la norma hacen la *teoría interaccionista organizacional de la desviación* que aquí proponemos.

Ya aclarados los aspectos teóricos preliminares que se abordan en este trabajo de tesis, es momento de desarrollar el tema. Existe una amplia bibliografía que trata sobre el fenómeno que concierne al consumo de la marihuana y otras drogas. Estos textos hacen referencia a los aspectos etiológicos de las adicciones y su desarrollo desde distintas perspectivas de disciplinas como la medicina, la psiquiatría y la psicología clínica (Sáenz, 2009; Mosquera *et al.*, 2015; Cuartas, 2015; Babín, 2013; Hardisson, 2002).

La inquietud por profundizar en estos temas deriva del antecedente que investigaciones teóricas y empíricas previas (Lindesmith 1938; Ángeles, 2015) aseveran en sus tesis principales que el síndrome de abstinencia no existe; no es la sustancia la que ocasiona dicho síndrome, sino que la persona que consume ese tipo de sustancias llega a significar los síntomas con el suministro de los opiáceos u otras drogas, de no hacerlo, la persona puede interrumpir el consumo sin ningún problema. Aunado a esto, los estudios disciplinares de

corte orgánico tratan la adicción de cualquier sustancia ilegal en general sin ver las características interaccionales que cada una posee.

Otro tipo de estudios hacen referencia a cuestiones de administración pública para tratar el fenómeno que concierne a las drogas ilícitas y su prohibición en México (Astorga, 1996; Astorga, 2015a; Astorga, 2015b; Astorga 2007). En tiempos donde la venta de drogas pertenece al mercado negro, es delicado tratar el tema desde esa perspectiva. Al hacer ese análisis nos podemos dar cuenta que son pocos, como el estudio realizado por María Epele (2010) en los barrios de Buenos Aires, Argentina, sobre el consumo de marihuana y otras drogas como lo es también el estudio de Philippe Bourgois (2010) en los barrios del Harlem en New York; los estudios sobre el consumo de marihuana desde una perspectiva de la micro sociología parecen inexistentes, principalmente desde la corriente del *interaccionismo de la desviación* la cual es perteneciente a la Escuela de Chicago con una larga tradición y que ahora se encuentra en exploración en México.

Howard Becker (2009a) realizó su estudio sobre la marihuana con personas que le rodeaban en su vida cotidiana, músicos y estudiantes de la universidad, que la fumaban como fuente de inspiración o de forma recreativa; el estudio se basa en los consumidores que logran hacer del consumo de la marihuana una forma de vida y mantienen la actividad en secreto para de esa manera evitar situaciones conflictivas con personas con las que tienen contacto que no realizan dicha actividad.

Pese a lo anterior, el estudio que aquí se lleva a cabo trata sobre los consumidores que han sido exhibidos como tal, es decir, se estudia a los *desviados puros*, quienes dentro de la tipología de desviación de Howard Becker (2009a) son aquellos que han sido identificados y rotulados exitosamente como desviados por exhibir sus atributos desacreditadores ante otras personas que actúan de manera convencional, y que se encuentran en situación de internamiento en un centro de atención por su supuesta adicción a las drogas ilícitas, es decir, estudiar a los consumidores de estas sustancias que no pueden mantener en secreto la actividad de consumo desde la perspectiva *interaccionista organizacional de la desviación* que, en

consecuencia, tienen problemas por ingerir la sustancia, actividad percibida como “mala” o “dañina”.

Ahora bien, en diversas investigaciones (Becker 2009a; Ángeles 2014) se ha dado a conocer como los consumidores se han enfrentado a los problemas que les conlleva el consumir marihuana en instituciones como la familia, las relaciones de pareja, las relaciones con amigos no consumidores y con consumidores, sin embargo lo que ahora nos interesa observar es como se desarrollan las relaciones interaccionales en instituciones totales como lo es el Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA). Los medios impresos de información masiva en el Estado de Hidalgo, arrojan notas sobre la detención de “presuntos” consumidores de la sustancia, inclusive otras sustancias, lo cual tiene como consecuencia dos posibilidades para el consumidor en cuanto a su tratamiento como tal: la primera es que se le lleve a un reformatorio estatal por la portación ilícita de la sustancia en cuestión; la segunda es que se le sentencie a un programa de rehabilitación para tratar el problema de consumo que le atañe.

De esta manera encontramos dos formas en la que se etiqueta a los consumidores de sustancias ilícitas tras ser exhibida su actividad, que es percibida como desviada. La primera, es la forma en la que se trata a los consumidores de drogas ilícitas como criminales, debido a la compra de esas sustancias a manos de lo que las autoridades globales, federales, estatales y municipales han denominado “crimen organizado” que, como consecuencia, enriquece ilícitamente a estas organizaciones. La segunda forma, es que se les trate como enfermos al decir que las personas que llevan a cabo esta actividad *no* tienen control sobre sus cuerpos a “causa” de las drogas. Lo anterior trae como consecuencia la persecución de estas personas y su internamiento en centros de atención a las adicciones como el Centro Estatal para la Atención Integral de la Adicciones o en penitenciarías.²³

Considerando lo anterior, aunque se ha realizado un ejercicio de investigación multidisciplinar sobre la toxicomanía, aún no se ha logrado llegar a un

²³ Este argumento está sustentado en la Ley General de Salud, modificada el 9 de octubre de 2007.

consenso sobre lo que son como lo mencionan los informes anuales de la ONODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) de 2009 a 2015. En este sentido, la investigación está sustentada en tres dimensiones socio históricas y socio empíricas: el consumo, la adicción y los centros de atención que han sido estudiadas desde las drogodependencias y percibida esta como una enfermedad mental, hecho que pondremos a prueba a lo largo de esta investigación.²⁴ De aquí la necesidad de explicar estas dimensiones para conocer cómo se han constituido las instituciones que tratan dicho trastorno como si se tratase exclusivamente en términos orgánico-psíquicos.

Dicho lo anterior, este capítulo trata de resolver la pregunta ¿Cómo se ha construido la idea de que los consumidores de sustancias ilícitas son delincuentes en el Estado mexicano? Así, analizaremos el proceso por el cual las personas que son usuarios de sustancias, clasificadas por el Estado mexicano como ilícitas, pasan de ser consumidores a ser etiquetados como delincuentes.

1.1 La dimensión del consumo

En el pensamiento sociológico existen una serie de discursos –a veces complementarios, a veces contradictorios- sobre la postura de lo que es el consumo. Cuando uno se dispone a revisar el clásico de Howard Becker (*outsiders*, hacia una sociología de la desviación) vemos que en varios momentos de la obra se menciona el término “consumo” o “consumidor”, esto sin dar una definición sobre de lo que versa el concepto. De esta manera, nos vemos en la necesidad de proporcionar, de manera breve y general, un esbozo de aspectos más relevantes sobre el concepto en las tradiciones sociológicas²⁵.

I

Un primer acercamiento desde la sociología al término consumo lo podemos encontrar en la economía ortodoxa. Aquí encontramos un determinismo

²⁴ En este apartado se revisará únicamente la dimensión del consumo ya que las otras dimensiones pertenecen a la transición del *Estado penitenciario* al *Estado terapéutico*.

²⁵ Aquí no se discute a profundidad el término consumo ya que no es el objetivo de este apartado, sin embargo, es necesario esbozar de manera general que es lo que se ha dicho sobre el consumo para comprender como podemos observar esté concepto a lo largo de la tesis.

económico sobre el consumo ya que esta capacidad se apoya en la *ley de la oferta y la demanda* en donde los bienes materiales relacionados con la capacidad de gasto de los individuos son suficiente para explicar el consumo. Al respecto, Ma. Cruz López Ayala refiere que:

El pensamiento económico convencional acerca del consumo parte del supuesto de que los individuos actúan racionalmente en su conducta de compra, maximizando su utilidad y tomando como base de sus decisiones una jerarquía de gustos y preferencias que parecen emerger de forma autónoma a cualquier condicionamiento del entorno social. (López, 2004: 161)

Este planteamiento, según López (2004), hace posible que posteriormente se desarrolle una *sociología del consumo* que intenta solventar las carencias de la concepción “simplista” de los economicistas, es decir, se adhieren postulados que consideran no sólo el espectro de la macroeconomía como determinante del consumo; así, se comienza a explicar el término en función de aspectos culturales y sociales que explican el fenómeno.

II

De esta manera, podemos encontrar un primer momento en la sociología que se encarga de intentar explicar cómo es posible el consumo. Estamos hablando de la transición temporal de finales del siglo XIX y principios del XX. En primera instancia tenemos las aportaciones de Thorstein Veblen en su *Teoría de la clase ociosa* en donde “el consumo ostentoso de bienes se constituye como el medio más efectivo en la sociedad urbana moderna de demostrar la riqueza de la que deriva el prestigio social” (López, 2004: 163).

En este sentido, la acción de consumir algún bien material no está determinado por el mercado, sino por las relaciones entre los humanos por demostrar a otros su prestigio social y, por ende, se determina una distinción de clase social, una especie de indicador de la posición social que muestra a los otros, de manera simbólica, la posición jerárquica que se ocupa dentro de la estructura social.

Por otro lado, tenemos los postulados de George Simmel (2014) sobre el consumo que podemos encontrar en *filosofía de la coquetería y otros ensayos* en su apartado sobre *la moda*. Aquí encontramos que, si para Veblen el

consumo es ostentoso y otorga distinción de clase, para Simmel el consumo es aquel que permite manifestar pertenencia al grupo social con el que se identifica; así, la moda es percibida como “una forma de imitación y de igualación social...[que] se diferencia en el tiempo de otra y de unos estratos sociales a otros” (Simmel en López, 2004: 164). Sin embargo, la moda aparece como una característica que es de las élites que usan para diferenciarse del resto de los individuos pertenecientes a otros estratos sociales; cuando las clases bajas empiezan a imitar esas formas estilísticas, las elites optan por abandonar estas modas y adquirir formas nuevas para distinguirse. De esta manera, la sociedad se encuentra en un cambio perpetuo en donde se adopta la novedad y se abandonan las viejas formas en una lucha de los estratos por distinguirse como miembros de un grupo, esto es lo que proporciona el prestigio social.

Así, la función de la moda como una práctica que se lleva a cabo dentro del proceso de la modernidad, podemos ver dos tendencias que son necesarias para el entendimiento del consumo, a saber, que los hombres (como especie) tendemos a la sociabilidad y a la individualidad.

Otra perspectiva nos es otorgada por Karl Marx en donde:

Con el desarrollo del capitalismo el consumo queda supeditado a la producción, de manera que es la producción la que crea la necesidad de consumir y el consumo “crea la necesidad como objeto interno como finalidad de la producción” ... Marx introduce una diferenciación básica entre el valor de uso como utilidad del objeto en cuanto a materialidad que satisface necesidades humanas y el valor de cambio como valor de intercambio. (López, 2004: 162)

Esta posición teórica deja entrever que las condiciones de producción son necesarias para la existencia del consumo y viceversa; sin embargo, parece dejarse de lado las condiciones culturales por las que una persona consume algún bien material que no sea fuera de las relaciones de producción.

Siguiendo esta construcción histórica del término consumo en sociología, López recupera los elementos que aporta Max Weber al respecto, en donde “los estamentos se organizan alrededor de los principios de consumo de bienes

que dan lugar a formas de vivir o estilos distintivos que confieren prestigio” (López, 2004: 165). De esta manera, el consumo está interconectado con el estamento del que un individuo es procedente; este argumento nos proporciona elementos de entendimiento sobre el consumo que tiene menos que ver con el costo de los productos que consumimos y más con la relación entre status y clases económicas. Así, al conjuntar estos postulados, tenemos que

Las contribuciones de Veblen y Simmel, complementadas con las de Weber, han sido indispensables para comprender la eclosión de un nuevo modelo de consumo en los inicios del capitalismo. El consumo de moda será utilizado en la sociedad industrial como un marcador simbólico de la posición dentro de la estructura social, contribuyendo paralelamente a la reproducción de un orden social teóricamente abierto y basado en la riqueza. (López, 2004: 166)

III

La siguiente corriente sobre la teoría del consumo se da entre 1940 y 1950 en el pensamiento norteamericano con representantes como Charles Wright Mills, David Riesman con su obra *La muchedumbre solitaria* y John Kenneth Galbraith con su obra *la sociedad opulenta*. En este sentido:

[Se] insiste en la lógica de la sociedad capitalista basada en la continua expansión de la producción que requiere de una creciente acumulación de consumo, consumo que es creado a través de la manipulación ideológica... Las necesidades van siendo creadas continuamente a través de una incesante publicidad que propone nuevos bienes de consumo, promoviendo un gasto continuo. Estamos ante consumidores alienados que perciben unas necesidades individuales crecientes impuestas en una respuesta a un incremento continuo de la producción. (López: 2004: 167)

La importancia de esta corriente de pensamiento norteamericana, con influencia marxista, nos proporciona los elementos necesarios para comprender la siguiente oleada de pensamientos en torno al consumo, nos referimos a la Escuela de Frankfurt.

IV

La teoría crítica proveniente de la Escuela de Frankfurt presenta elementos de interés para la comprensión del término consumo. Aquí se nos presenta a la sociedad capitalista como una sociedad en la que el individuo se encuentra alienado gracias a una manipulación ideológica y a una imposición sobre los bienes materiales que consume, es decir, se encuentra controlada por las

condiciones del mercado y al proceso de producción de esos bienes materiales.

En este sentido:

Es la oferta la que impone la estructura de la demanda y no a la inversa, despojando de cualquier autonomía a un consumidor pasivo que se encuentra a merced de la gran empresa y de las técnicas que utiliza para dirigir el consumo. (López, 2004: 167)

Pensemos, por ejemplo, en la acuñación del concepto industria cultural de Max Horkheimer y Theodor Adorno (1988) que se centra en la crítica de cómo la cultura se encuentra sometida por el aparato industrial existente y a esta se le entiende como un objeto de consumo, dichos objetos, al ser producidos en masa cuyo único propósito es el consumir y desechar, pierden su valor real y se quedan como objetos estereotipados, repetitivos y carentes de sentido.

V

A pesar de las intervenciones de la Escuela de Frankfurt en cuanto a teoría crítica referente al consumo, el mundo comienza a orientarse, entre 1950 y 1960, hacia alguna de las tendencias político-ideológicas en boga: el socialismo o el capitalismo. En el modelo capitalista comienza una nueva etapa en cuanto a los procesos de producción se refiere: el fordismo. Esta tendencia, aunada al modelo keynesiano de economía, cambian las formas de consumo, a saber, las clases medias comenzaron a gozar de un poder adquisitivo mayor en donde “el obrero industrial de principios de siglo [XX] que mantenía un consumo de casi subsistencia es transformado en un sujeto aburguesado integrado a través del consumo en una nueva sociedad de clases medias” (López, 2004: 168); ante estas disposiciones, se comienza a hablar de un consumo que es alimentado por la búsqueda de placer que desplaza a las necesidades.

VI

Para la década que va de 1970 a 1980 comienzan a surgir dos corrientes de pensamiento que pueden ayudar al entendimiento del concepto de consumo. La primera es la Escuela Estructuralista Francesa en donde se define el consumo cómo:

una práctica social a partir de la cual los individuos se expresan, realizan y comunican a otros, al mismo tiempo que es percibido como un medio que sirve para la alienación, la integración y, sobre todo, para la dominación simbólica de las masas. (López, 2004: 169)

Desde esta trinchera, pensadores como Jean Baudrillard (2011) consideran que el consumo forma parte de la sociedad industrial en donde se habla más de consumidores en torno a un sistema económico complejo y completo, que designa patrones de consumo a consumidores individuales donde las necesidades son desplazadas por signos con lo cual se entiende que los objetos no tienen valor por su función utilitaria, sino que tiene que ver con cómo se dota de significaciones a esos objetos adquiriendo así valor de signo que puede ser asociado con su uso jerárquico que proporciona status y prestigio social.

Por otra parte, nos encontramos con el constructivismo en donde “[se] entiende que los sistemas de significados son creados a través de la interacción personal en un proceso de negociación y en el marco de un determinado contexto social y cultural” (López, 2004: 170). Dentro de esta postura podemos ubicar a Pierre Bourdieu con su obra *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, en donde, a grandes rasgos, “la base de la distinción se establece entre el consumo de lujo frente al consumo de necesidad. Sólo los suficientemente cultivados y civilizados son capaces de apreciar el valor estético de los bienes” (Bourdieu en López, 2004: 172). De esta manera, los bienes hacen posible distinguirse de otros grupos.

VII

Otra tradición que se ha preocupado por entender el concepto de consumo es la así llamada teoría de la posmodernidad. Aquí nos encontramos con una amplia bibliografía sobre el tema que podemos encontrar en F. Jameson, D. Harvey, S. Lash, G. Lipovetzki, etc.

A grandes rasgos, estos postulados proponen que se ha superado la etapa de la modernidad, esta sentencia surge de la idea de que en la modernidad los comportamientos sociales tienden a ser demasiado rígidos y racionales; es por ello que se propone que se ha pasado a un nuevo *establishment* en donde lo

imperante son las conductas orientadas por lo irracional y la flexibilización de las estructuras sociales como condición de esa posmodernidad.

Esta postura nos orienta a entender el consumo como una forma en la que los individuos adquieren artículos para uso hedonista que le ayudan a convertirse en lo que desean ser y así crear una percepción de sí mismos en una amplia gama de creencias, valores, identidades e ideas que se flexibilizan creando identidades que se encuentran en constante cambio. En el consumo posmoderno nos encontramos con una búsqueda constante de experiencias que tienen a ser fluidas y demasiado dinámicas a diferencia de la etapa de la modernidad (Román y Montero, 2013).

Sin embargo, estos modelos teóricos que analizan al consumo dan apariencia de un enfoque unidimensional, es decir, el consumo como una cuestión general. Por lo tanto, no nos permiten observar la heterogeneidad del consumo. Con esto se argumenta que el consumo no existe por sí mismo, sino que obedece a formas de consumo.

Dadas estas condiciones teóricas en las siete vertientes que aquí mencionamos, proponemos tratar el concepto de consumo desde dos formas específicas, la legal y la ilegal. La primera se refiere a todo aquello que ha sido normalizado e institucionalizado que corresponde a prácticas legitimadas de consumo en determinado lugar y contexto histórico-político; ejemplos de ello son el consumo de ropa, consumo de arte, consumo de electrodomésticos, consumo de sustancias legales (como el alcohol o el tabaco), etc.

La segunda forma, la ilegal, es aquella que tiene la característica de ser inmoral, en términos de Durkheim. Así, esta forma de consumo no tiene el visto bueno de aquellos que han logrado establecer con éxito normas morales que prohíben determinado tipo de comportamientos de lo que se etiqueta como excéntrico, loco o desviado.

Dentro de esta forma de consumo ilegal, encontramos subformas y una de ellas es el consumo de sustancias ilícitas²⁶. En ese sentido, encontramos que existe

²⁶ Se hace hincapié a que la forma de consumo de sustancias ilegales es muy diferente al consumo ilegal ya que este último es una generalidad, por ejemplo, tráfico de órganos, armas, trata de personas, etc. Por lo tanto, el consumo de sustancias ilegales de la que estamos

una amplia gama de actividades consideradas indecentes, tóxicas o perjudiciales; así, sería un error entender que una actividad que se desvía de las normas sociales, promovidas por *empresarios morales*, es decir, aquellas personas que tienen un interés genuino por imponer su moral por encima de otros ya que se piensan a sí mismos con una actitud de lo que es “correcto” e “incorrecto”, es una generalidad ya que cada práctica que se realiza y que se enmarca fuera de la norma tiene formas distintas de explicarse y no una forma unidimensional.

De esta manera, aunque una gran variedad de actividades son de corte ilegal como el consumo de sustancias ilícitas, la trata de blancas, la venta de órganos, el tráfico de sustancias ilícitas, la pornografía infantil, los catálogos fotográficos de masoquismo, la pedofilia, el tráfico de armas, entre muchas otras, dependiendo del lugar y el tiempo en donde se desarrollen estas actividades, no son características propias del individuo que comete el acto de consumo de estos productos, sino más bien, cada cual tiene que ser explicado bajo los términos de su actividad sin pensar que quien comete un acto desviado (consumo ilegal)²⁷ es un desviado total. En este sentido, Becker nos dice que:

Los grupos sociales crean la desviación al establecer normas cuya infracción constituye una desviación y al aplicar esas normas a personas en particular y etiquetarlas como marginales. Desde este punto de vista, la desviación no es una cualidad del acto que la persona comete, sino una consecuencia de la aplicación de reglas y sanciones sobre el “infractor” a manos de terceros. [Por lo tanto] Es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal, y el comportamiento desviado es el comportamiento que la gente etiqueta como tal. (Becker, 2009a: 28)

De esta manera entendemos que los actos percibidos como desviados no son desviados en sí mismos, sino que para ello es necesario que un empresario moral (persona con interés en prohibir acciones que le parecen moralmente impropias) lleve a cabo una cruzada o campaña moral (una actividad de carácter público político donde se impulsa el interés del empresario moral por prohibir una actividad) que genere una norma que sea aprehendida por

hablando aquí pertenece a la forma de consumo ilegal más no por ello explica cualquier forma de consumo ilegal.

²⁷ Cabe aclarar que todo consumo ilegal se puede considerar como un acto desviado de la norma, pero no toda desviación es un consumo ilegal, es decir, algunas prácticas sociales que no son meramente consumo pueden ser etiquetadas como desviadas, por ejemplo, la homosexualidad, las enfermedades mentales, prostitución, etc.

personas interesadas en la visión del mundo del empresario moral, de esta manera un infractor de esa norma puede ser etiquetado como desviado y será sancionado por cometer un acto percibido como moralmente “malo”.

Las salvedades y comentarios anteriores nos han demostrado que la subforma de consumo ilegal en torno a las sustancias se han percibido como actos marginales o desviados. Esta característica particular de este tipo de desviación, y probablemente en otro tipo de definiciones situacionales de desviación, presenta lo que podemos llamar consumo de aprendizaje.

El consumo por aprendizaje se refiere a como las personas aprendemos las reglas del juego de algún subtipo de actividad percibida como desviada; para ello es necesario que una persona tenga algún tipo de acercamiento a dicha actividad por medio de grupos que la realicen. Si una persona no tiene contacto con estos grupos es difícil que llegue a aprender y desarrollar algún tipo de actividad desviada. Esto es así ya que, por lo regular, hablando de consumo de sustancias ilícitas, las personas que integran un grupo de actividad marginal saben cómo, con quién y dónde conseguir las sustancias. Esto va en contra de la visión generalizada de que la entrada al mundo de las drogas es demasiado fácil para los aspirantes, dado que la “droga” no se comercia por canales de distribución legal²⁸ sino que requiere de la información que el grupo que realiza esa actividad de consumo tiene sobre el distribuidor o *dealer*, además de que estos miembros conocen la forma de acercarse al distribuidor para no ponerse en riesgo a sí mismos y al distribuidor ante las autoridades que sancionan estas actividades (tanto el consumo como la venta de estas sustancias).

Dicho lo anterior, podemos observar que existe una serie de formas de consumo por aprendizaje de lo que se ha llamado sustancias ilícitas, un ejemplo de ello es el uso ceremonial de drogas que han acompañado a la humanidad como lo ha expresado Escohotado (2014); desde donde se tiene registros, aproximadamente hace 4000 años a.C. Así, en la actualidad, existen algunos grupos étnicos alrededor del mundo que siguen haciendo uso de estas

²⁸ Esto es bajo excepciones ya que existe el consumo de sustancias legales de las que se hace uso percibido como ilícito como lo es el consumo de solventes, así como su indumentaria como la estopa para crear lo que se llama cotidianamente “mona”, que distribuyen tlapalerías. También el consumo de antidepresivos o jarabes para la tos con codeína que se distribuyen en farmacias con su venta bajo prescripción médica.

sustancias en términos de *usos y costumbres* como por ejemplo “con el peyote en México, con la ayahuasca en el Amazonas, con la *iboga* en África occidental o con la *kawa* en Oceanía” (Escohotado, 2014: 11).

Sin embargo, el consumo de este tipo de sustancias no sólo se remite al uso ceremonial de las mismas; existen una serie de registros en tabillas sumerias, jeroglíficos egipcios, tratados de medicina en China que datan del siglo XXVIII a.C. en donde se explica el uso médico del opio y el cáñamo para “tratamientos para oftalmia, fiebre, insomnio, tos seca y disentería” (Escohotado, 2014: 16); además de ello, en la antigüedad, según algunos papiros como el de Ebers, describen el uso de la sustancia para evitar que los bebés griten fuerte. Pero que se considere el consumo como algo patológico tiene apenas sus orígenes en el siglo pasado.

Remitiéndonos al consumo por aprendizaje y a los grupos que enseñan las reglas del juego sobre dicho consumo, en segunda instancia, estos grupos facilitan al novato o aspirante a consumo ilegal de sustancias una visión del mundo al que se comienzan a incorporar que justifica su accionar. De esta manera, el grupo de referencia juega un papel fundamental para que se adquieran e incorporen ideas en forma de contravenciones que se yuxtaponen a las convenciones de otros grupos que no logran comprender la actividad de las personas que se han desviado de una norma, que es impulsada por emprendedores morales, que las personas *cuadradas*, es decir, aquellas que no están dentro del mundo de consumo de sustancias ilícitas, reaccionen ante estas acciones de manera que puedan etiquetar a las personas como desviados de la norma.

Así, el aspirante puede desarrollar una carrera desviada, es decir, un patrón de conducta desviada, siempre y cuando adquiera la visión del mundo que le han enseñado los consumidores más experimentados en el uso de la sustancia; para ello es necesario que la persona se adscriba a la organización de consumidores que adopta la forma de camarillas (Ángeles, 2015: 79-83) y que esa adscripción tenga sentido para esta persona por medio del compromiso con esta organización. Si la persona no desarrolla el compromiso con sus

pares en la camarilla, difícilmente podrá tener éxito en el desarrollo de su carrera.

Para comprender lo anterior debemos referir que una persona no se encuentra situada únicamente en una camarilla, sino que su vida cotidiana transcurre entre una diversidad heterogénea de estas organizaciones, de esta manera, la persona se ubica en una camarilla de trabajo, de amigos, de colaboradores, familiar, vecinal, etcétera. Así, la persona se ve inmiscuida en una situación de querer desarrollar una carrera en cuales quiera de esas camarillas; sin embargo, el éxito y asenso de su carrera dependerá de su compromiso²⁹, entendiendo por este un vínculo de carácter económico, político o emocional generado situacionalmente por una persona y que es dirigido a otra persona o a una camarilla, de tal forma que no puede tener éxito en todas ellas por lo cual sacrifica compromisos con otras para poder desarrollarse plenamente en una. Esto lo podemos observar no solo en la carrera desviada, sino también en la carrera de cualquier persona, por ejemplo, una mujer embarazada que sacrifica su consumo de alcohol y por ende sus relaciones con la camarilla de amigos bebedores en aras de la salud de su futuro(a) hijo(a); o un(a) trabajador(a) sacrifica mucho de su tiempo, que podría dedicarle a su camarilla familiar, en aras de querer desarrollar una carrera cómo trabajador del mes en una empresa. De esta manera, es condición para poder llevar a cabo el desarrollo de algún subtipo de consumo por aprendizaje que la persona logre desarrollar sus capacidades de adquirir compromisos con alguna de las camarillas que son de su interés personal que, sin embargo, estas son otorgadas a las personas por medio de estructuras sociales que son anteriores a él/ella en un contexto determinado.

Entonces, la persona aprende las contravenciones que la nueva camarilla le ha enseñado para el desarrollo de su carrera y ascender en la jerarquía de esa organización, pero para ello necesita cambiar la idea de sí mismo sobre lo que hace, es decir, si un aspirante a convertirse a consumidor de sustancias ilícitas no cambia la noción de que lo que hace no está mal, como lo dictamina la

²⁹ Este tipo de compromisos no son una adquisición psicológica de las personas, sino que es una habilidad socialmente aprendida durante el desarrollo de la vida social de esta como podemos observar en Becker (2009a) y Goffman (Goffman *et al.*, 2008).

convención general de los no consumidores, este no podrá unirse a la camarilla y por ende no podrá desarrollar su carrera de consumo.

Ahora bien, cuando una persona ha logrado adherirse con éxito a una camarilla por medio de su compromiso comienza a desarrollar su carrera, desviada o no, en donde la camarilla comienza a asignarle tareas y posición al prospecto en cuestión. De esta manera, al ver que existe un compromiso hacia el grupo, este le comienza a ver como parte de la camarilla dándole la confianza para decirle cuales son los aparatos que se mantenían ocultos para los que no son miembros de la organización. Así, los consumidores más experimentados comienzan a decirle al nuevo miembro en donde conseguir la droga y cómo acercarse a quien las distribuye por canales ilícitos.

Ya habiendo explicado que una persona se encuentra rodeado de varias camarillas con fines distintos y que esta persona se adhiere a una en particular por medio de su compromiso, es necesario decir que una camarilla de cierto tipo como la camarilla de consumidores de drogas, no es única en su clase. De esta manera, existen gran variedad de camarillas que realizan la misma actividad, pero con diferentes miembros y durante el desarrollo de la carrera una persona va conociendo a los miembros de otras camarillas que sirven como apoyo a la camarilla de pertenencia en caso de tener algunas complicaciones. Así, cuando el *dealer* que distribuye a una camarilla sustancias consideradas ilícitas es encarcelado o desaparece por determinada situación³⁰, algún miembro de la camarilla puede acudir a miembros de otra para que el suministro de la sustancia no se agote y los integrantes de la camarilla no se queden sin el producto que consumen. Por tanto, decimos que de una camarilla a otra u otras que realicen la misma actividad pueden existir conexiones que se hacen indispensables para que la organización siga funcionando; estas camarillas tienen así vínculos de mutua obligación por medio de las cuales se apoyan unas a otras para lograr un fin determinado.

Sin embargo, existe otro factor para que se realicen las conexiones de una camarilla con otras, esto es el desarrollo de la cuestión urbana. Podemos

³⁰ Puede escapar ya que le están *pisando los talones* los agentes de seguridad pública que le siguen la huella de cerca o puede ser ejecutado por la guerra entre pandillas que distribuyen sustancias para ganar la plaza en donde se distribuía.

observar dos tipos de ciudad, la gran ciudad y la pequeña ciudad (Becker, 2009a). En la primera podemos ver que existen más lugares para ejecutar actividades tanto desviadas como convencionales, mientras que las segundas quedan limitadas a espacios reducidos para llevar a cabo dichas actividades. De esta manera, el desarrollo y conexiones entre camarillas depende mucho del tamaño de la ciudad en cuanto a espacios se refiere; así, en la gran ciudad podrán desarrollarse más camarillas de consumo de sustancias ilícitas que en la pequeña ciudad, más lugares en donde conseguir las sustancias y más *dealers* con quienes encontrar las sustancias a diferencia de la pequeña ciudad. Sin embargo, que existan más camarillas en la gran ciudad no garantiza que todas las camarillas se conozcan entre ellas y puedan desarrollar vínculos de mutua obligación como puede pasar en la pequeña ciudad.

A manera de recapitulación, en este apartado hemos visto la primera parte de la ecuación que hace posible que se lleve a cabo el consumo de sustancias ilícitas por aprendizaje y parte del modelo de la *teoría interaccionista organizacional de la desviación* que hace posible que una persona o un grupo de actividad sea percibida por otros y así misma como desviada. Sin embargo, la segunda parte de la ecuación que hace posible que los no consumidores perciban a los consumidores como criminales tiene que ser examinada con más detalle y es de lo que hablaremos a continuación.

1.2 La guerra contra las drogas: la cruzada mundial de los valores norteamericanos

Existe un amplio consenso entre los investigadores que estudian el fenómeno de las drogas ilícitas que concuerda en que los inicios y continuación de la *drugs war* tiene que ver con la gran influencia de los Estados Unidos de Norteamérica y su intervención política e inversión económica para que esta se lleve a cabo.

Un primer acercamiento nos es otorgado por Howard Becker (2009a) en donde se dieron a conocer las primeras iniciativas de prohibición de sustancias movilizadas por tres valores para impedir el consumo de alcohol, opio y marihuana hacia la década de 1930. En primer lugar, tenemos el puritanismo anglosajón con su *ética protestante* en donde “se sostiene que el individuo es

totalmente responsable de lo que hace y de lo que le sucede, y que por lo tanto no debería hacer nunca algo que pueda llevarlo a perder el control de sí mismo” (Becker, 2009a: 154-155). Esta primera noción, como vía para la prohibición, hoy en día sigue vigente en los países en donde se lleva a cabo la guerra contra las drogas. Se piensa que el hecho de consumir una sustancia, llámese alcohol, heroína o cualquier otra, hace que la persona, vista como individuo-psicológico, sea percibida cómo irresponsable de sus actos ya que se tiene la idea generalizada de que la inhalación, ingestión o inyección de sustancias provoca alteraciones en el comportamiento por sí mismas tras hacer usos de ellas, cosa que es imposible si la persona no ha aprendido a consumir la sustancias en una camarilla. Esta primera visión es simplista en el sentido de que únicamente se culpa a la persona individual de cometer el acto desviado, cuando en realidad existe una moral de devoción a Dios y de cuidado del cuerpo, ya que no es nuestro sino del Altísimo, provocando que la actividad sea tachada de impropia. Recordemos que para que exista desviación, debe existir una norma o un código moral que haga posible el etiquetamiento de una actividad como perversa.

Otro de los valores norteamericanos que llevan a las iniciativas de prohibir el consumo de sustancias es el de buscar el hedonismo, al respecto Becker señala que:

A causa quizá de la fuerte impronta de pragmatismo y utilitarismo que tiene nuestra cultura, los norteamericanos tenemos sentimientos encontrados respecto de las experiencias extáticas, cualesquiera que sean. Pero no condenamos la experiencia extática cuando es el subproducto o la recompensa de las acciones que consideramos buenas en sí mismas, como el trabajo arduo o el fervor religioso. Solo cuando una persona busca el éxtasis por el éxtasis mismo condenamos su acción, por ser una búsqueda de “placeres ilícitos”, expresión que realmente significa mucho para nosotros. (Becker, 2009a: 155)

Esta característica del consumo de drogas ilícitas por aprendizaje se encuentra también en los países donde se lleva a cabo la guerra contra las drogas. Se suele decir que estos consumidores son unos tramposos por no esforzarse para obtener el placer por vías legítimas; comentarios de no consumidores suelen tener esta carga como la siguiente nota de campo lo sugiere:

[17.02.2017 plática en cafetería Expresso Central con una no consumidora X¹ que tiene un novio consumidor de marihuana] Es que yo no entiendo cómo se puede clavar en eso, parece que deja de disfrutar el sexo, un atardecer, la sensación de comer un chocolate ¿me entiendes? Parece que lo único que le da placer es estar con sus amigotes tirados en la sala fumando esa chingadera, ya no sé qué hacer con él ¿crees que lo deba cortar?

Por último, Becker refiere que el humanitarismo norteamericano es otro de los puntos que dieron pauta a que fuera posible la prohibición de consumo de sustancias hacia la década de 1930, “los reformistas creían que la gente esclavizada por el consumo de alcohol y de opio se beneficiarían con leyes que impidieran entregarse a su concupiscencia. Las familias de los alcohólicos y drogadictos también se verían beneficiadas” (Becker, 2009a: 155).

Así, estos valores estadounidenses fueron la base fundamental para la creación en el siglo XX de la guerra contra las drogas, de tal manera que surgieron tres leyes importantes en Estados Unidos de Norteamérica que pronto estarían siendo importadas a todo el mundo; estas leyes son la Ley de impuesto a la marihuana (Marihuana Tax Act) que controlaba la venta de marihuana y su distribución; la Ley seca (Volstead Act) que prohibía la venta de alcohol a nivel federal; y la Ley Harrison (Harrison Act) que prohibía el uso de opiáceos y el control de la sustancia bajo prescripción médica. Al respecto, Thomas Szasz hace una reflexión sobre la intervención del gobierno estadounidense en cuanto a estas leyes:

Aunque inicialmente las leyes sobre drogas se dirigieron a proteger a las personas de las drogas *que otros deseaban venderles*, ese objetivo quedó pronto remplazado por protegerles del *abuso* de las drogas que *ellas mismas deseaban comprar*. El gobierno nos despojó así con éxito no sólo de nuestro derecho básico a ingerir cualquier cosa queelijamos, sino también de nuestro derecho a cultivar, fabricar, vender y comprar productos agrícolas utilizados por el hombre desde la antigüedad. (Szasz, 2001: 85)

Por tanto, este primer enfoque trata de cómo los valores norteamericanos del puritanismo anglosajón, la búsqueda del hedonismo percibido como aberración y el humanitarismo son bases de la guerra contra las drogas. Por otro lado, existen otros puntos de vista que se orientan a ver el fenómeno de la prohibición de las drogas como una cuestión racial por parte del país norteamericano, en ese sentido:

El trabajo de Del Olmo refiere que una de las principales motivaciones de la prohibición en EE.UU. fue el racismo derivado de las oleadas de migración china y mexicana, sostienen que la prohibición del opio en 1909 tiene relación con la migración de chinos hacia Norteamérica y que la Ley Marihuana Tax Act de 1937 con la cual se prohíbe fumar marihuana tiene relación con la alta migración de mexicanos a dicha nación lo cual amenazaba los empleos de los ciudadanos norteamericanos ya que el contexto es el de la gran depresión económica. Otro punto que se señala es que se culpa a los negros de consumir cocaína; según del Olmo, “las tres cosas son reflejo de miedo a la competencia y no una preocupación real por el consumo de drogas” (Del Olmo en Ángeles, 2015: 46).

Este tipo de acciones por parte del gobierno norteamericano tiene que ver en gran medida con una preocupación económica, a saber, los chinos estaban obteniendo un gran poder económico en la Costa Este de Estado Unidos, además de que eran acusados de seducir a las mujeres anglosajonas al consumo de opio que se piensa las atrapaba, con lo cual se quedaban a vivir con los chinos; por otra parte, los mexicanos estaban formando una fuerza de trabajo importante en el sudoeste de Estados Unidos y había que minimizar su participación en el campo laboral y su migración hacia el país; por último, se acusaba a los afroamericanos de caer en la perversión del uso de cocaína que hacía que quisieran dejar los campos algodoneros del sur de Estados Unidos por mantener el consumo hedonista de las sustancias. Ante estas acciones, la minoría “blanca” anglosajona optó por prohibir las sustancias con lo que, según Del Olmo (1989), se tendría un control legítimo y legal sobre estos grupos en cuestión.

Otro enfoque nos es dado por Luis Astorga quien nos dice que:

La llamada *guerra contra las drogas* no es una guerra convencional. En Estados Unidos se ha escrito que la *guerra de baja intensidad* es una estrategia diseñada originalmente para contrarrestar brotes de insurgencia revolucionaria en el tercer mundo... entre las seis áreas principales que forman parte del esquema de *guerra de baja intensidad* se encuentran los operativos antidrogas. (Astorga, 2007:15)

Así, se nos presenta el enfoque en el cual la intervención del gobierno norteamericano tiene que ver más con una campaña de control de insurgencias en contra del *establishment*, que pueden afectar las relaciones bilaterales de Estados Unidos de Norteamérica con las naciones que los medios impresos y televisivos han llamado *países productores de drogas*, que con el hecho de una preocupación por la sanidad de los consumidores de estas sustancias.

Estos enfoques que revisamos nos dan cuenta de la tendencia que siguen los gobiernos que están emprendiendo una guerra interna contra las drogas que tiene repercusiones globales. Sin embargo, estos enfoques son de manera macro social y no nos explican cómo es posible que las personas que consumen drogas sean tachadas de criminales por el simple hecho de consumir. Para ello, es necesario explicar el ejemplo de México y el desarrollo de la segunda parte de la ecuación que concierne a la creación de normas para crear la desviación.

1.3 La criminalización del consumo de drogas en México: la cruzada moral de Felipe Calderón Hinojosa

Un punto fundamental para entender cómo es que se llegó a una etapa de criminalización del consumo de sustancias consideradas ilícitas tiene que abarcar algunos acontecimientos que preceden a la administración del ex presidente de la República Mexicana Felipe Calderón Hinojosa. Es por ello que este apartado dedica un breve recorrido histórico basándose en los tratados dos por México para el combate contra las drogas.

En este apartado se explicará, de igual manera, como la ley puede hacer posible la clasificación de comportamientos desviados que anteriormente no se consideraban así; de esta manera lo que se pretende explicar es como se ha desarrollado lo que Löic Wacquant (2015) llama *Estado penal*.

1.3.1 Los tratados bilaterales México-Estados Unidos para el combate contra las drogas ilícitas.

Luis Astorga (1996) nos proporciona un recorrido histórico en donde México no ha podido salir del esquema internacional en cuanto a la *guerra contra las drogas* se refiere, considerando el siglo XX como *el siglo de las drogas*. Para comprender cómo el gobierno mexicano se incorporó en la *guerra de baja intensidad* es imprescindible remontarnos a las relaciones bilaterales entre Estados Unidos de América y la República Mexicana. En cuanto a tratados internacionales, la tabla 1 (Véase tabla 1 en anexos)³¹ nos proporciona el

³¹ El nombre de los tratados fue obtenido del texto de Eduardo López (2009) y las fechas fueron tomadas de Luis Malpica de la Madrid (2002); en este último texto no aparece la participación de México en el tratado de 1948 *Protocolo que somete la imposición internacional ciertas*

listado de tratados a los que México se ha adherido durante el siglo XX, así como los presidentes de la República mexicana y de Estados Unidos de América con la intención de contextualizar el caso que aquí nos concierne.

Esta tabla resulta interesante en el sentido de visualizar las circunstancias por las cuales la guerra contra las drogas en México tiene sus repercusiones hasta la entrada a la presidencia de la República Mexicana de Felipe Calderón Hinojosa. En primera instancia, la participación de México durante el primer tratado de 1912 no fue posible ya que el país se encontraba en un conflicto armado conocido como *la revolución mexicana*; por esta situación, la guerra contra las drogas no era una cuestión prioritaria, sino solventar el conflicto interno rodeado de intereses políticos, económicos y sociales.

Mientras tanto, la nación del norte de América vio la oportunidad de realizar el tratado internacional con miras a prohibir la comercialización y distribución del opio y sus derivados, así como de la cocaína. Sin embargo, esta campaña no tuvo tanto éxito, aunque fijó las bases de la futura prohibición a nivel internacional de las *drogas*; esto es así ya que dos años después de la firma de dicho tratado se desarrolló lo que se conoce como *primera guerra mundial*, con lo cual la guerra contra las drogas queda desplazada por los eventos bélicos que se efectuaran hasta 1919 y culminarían con la firma del tratado de Versalles.

Hacia 1925, cuando México se adhiere a las normatividades del tratado de 1912, la situación del país se encontraba saliendo de los enfrentamientos campesinos encabezados por Emiliano Zapata y José Doroteo Arango en el centro y norte del país, respectivamente. Es hasta 1917 cuando se adopta la constitución de los Estados Unidos Mexicanos, de esta manera inicia lo que se conoce como *estado de derecho*. Así, Plutarco Elías Calles del Partido Laborista Mexicano, quien después crearía el Partido Nacional Revolucionario (PNR), inicia tratados diplomáticos con diversas naciones, entre ellas Estados Unidos de América. Con este acontecimiento se inicia lo que en el siglo XXI conocemos como la guerra contra las drogas en México.

drogas no contempladas en el convenio de 13 de julio de 1931, al no encontrar otro referente que afirme la participación de México en este tratado, la tabla 1 no lo contiene.

Sin embargo, este tratado no llegó demasiado lejos en su aplicación, aunque no se duda de sus repercusiones como intercambio de efectos, ya que la crisis económica de 1929 conocida como *la gran depresión, crac del 29 o martes negro*, tuvo serias repercusiones a nivel global, iniciando por el desplome de la bolsa en Estados Unidos de América y expandiéndose a casi todas las naciones; de esta manera cayeron los ingresos fiscales, los empleos, las industrias, el comercio, etc. Por ello, la guerra contra las drogas no se veía como una prioridad.

Pero los esfuerzos por combatir el consumo y distribución de las sustancias, que incomodaban a algunos empresarios morales de creencias puritanas en Norteamérica, no disminuyeron en sus esfuerzos por combatir las sustancias que *envenenaban el espíritu*³². La campaña había iniciado con la ley Harrison (prohibición de opiáceos y derivados) y continuó con la ley Volstead (que prohibía la distribución de bebidas alcohólicas) en Estados Unidos de América. Para 1931 se convoca a firmar la *convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de drogas estupefacientes y protocolo de firma*; la repercusión de este tratado en México, previo a su firma en 1935, es evidente ya que “Astorga [1996] nos dice que el problema social de las drogas pasó a manos de las autoridades sanitarias a partir de 1931 cuando se penalizó el tráfico de drogas y la toxicomanía en el país” (Ángeles, 2015: 11). Sin embargo, el contexto social, tanto de la *gran depresión* a nivel global cómo la situación de México en cuanto a la expropiación del petróleo en 1938 y la reestructuración del PNR que se convertiría en el Partido de la Revolución Institucional (PRI) con una preocupación por los sectores obrero, campesino, popular y militar, no posibilitaba las condiciones necesarias para que se diera la expansión de la guerra contra las drogas como lo hace en el siglo XXI.

Cundo se convoca a la firma del *convenio para la supresión del tráfico ilícito de estupefacientes nocivos y protocolo de firma* en 1937, Plutarco Elías Calles en 1928 ya había decretado como obligación del Estado mexicano la salvaguarda de la salud pública incorporando la existencia de la *Farmacopea*, un documento

³² Astorga (1996) hace referencia a como los periódicos para este entonces percibían el consumo de estas sustancias como *venenos del espíritu*, con lo cual se tiene la noción de que es la sustancia en sí misma la que produce los efectos “alucinantes” en quienes se las suministran.

que “consigna los métodos generales de análisis y los requerimientos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud” (Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, s/f), esto indica la incorporación de “expertos en el tema” sobre las sustancias que deben prohibirse con fundamento en las mediciones y opiniones de estos expertos (médicos y farmacólogos). Sin embargo, nos encontramos con otro acontecimiento de nivel global que afectaría la “cacería” de las personas que consumen y distribuyen sustancias percibidas en estos convenios como ilícitas; estamos hablando de la Segunda Guerra Mundial, que pondría, de manera metafórica, los ojos de todo el mundo en dicho evento, dejando poco margen de acción para la guerra contra las drogas.

Durante las tensiones de posguerra hacia 1946, se hace un llamado por realizar el *protocolo que enmienda los acuerdos, convenciones y protocolos sobre estupefacientes*, esto es debido a la nueva configuración geopolítica que estaba tomando el mundo, a saber, el occidente capitalista y el oriente comunista. Cuando México se adhiere a este tratado en 1955, el país se encuentra lidiando entre el dilema político-económico de *crecimiento hacia fuera* desde el sector primario y un *crecimiento hacia adentro* con el sector industrial, la preocupación no se orienta hacia la industria de las drogas, sino la competencia por el “desarrollo y el progreso” de la nación conforme a los estándares internacionales en el marco de la llamada *guerra fría*.

Durante la administración de John F. Kennedy en Estados Unidos de América, se lleva a cabo la *convención única de 1961 sobre estupefacientes*; en este periodo, las preocupaciones del gobernante aún no se encaminaban a un ataque frontal contra las drogas, las preocupaciones estaban orientadas al avance tecnológico, la carrera espacial, el fomento al capitalismo, etcétera, “en realidad, tal como lo demuestra la retórica electoral de J. F. Kennedy con la claridad de buena oratoria, la cuestión no era la amenaza teórica de dominación mundial comunista, sino el mantenimiento de la supremacía real de los Estados Unidos” (Hobsbawm, 2012: 240-241). Para 1967, B. Johnson asume la presidencia de Estados Unidos tras el asesinato de JFK; en México fungía como presidente Díaz Ordaz cuyos intereses se centraban más en una participación activa en política exterior para dar prestigio a la nación y tener

alianzas con el bloque occidental capitalista. De ahí que México se decidiera a incorporarse nuevamente al tratado contra las drogas para mejorar sus relaciones con la Organización de Estados Americanos (OEA), sin embargo, la organización estaba controlada por EUA por lo cual México decide incorporarse a la Organización de las Naciones Unidas para mejorar las relaciones exteriores de manera diplomática.

Hasta el momento hemos visto como los cinco primeros tratados formaron la base con la cual se legitimaría la posterior guerra contra las drogas, de hecho no es hasta la llegada de Richard Nixon al poder cuando podemos escuchar por primera vez la frase *drugs war*, algunos analistas como lo es Rosa del Olmo (1989) aseguran que estas acciones no tienen que ver con un interés genuino por garantizar la salud pública, sino con disuadir los intentos de parte de las minorías afroamericanas a exigir derechos civiles y a disolver el movimiento pacifista hippie en contra de la guerra de Vietnam. A pesar de ello, la *drugs war* logró, durante este periodo, la quema de algunos plantíos en otros países (como México y Turquía), aunque su más grande logro fue la creación de la DEA (Drug Enforcement Administration) y la asociación de las guerrillas, como la de Argentina, con el tráfico de sustancias prohibidas por los tratados internacionales, con lo cual se inicia una campaña de *guerra de baja intensidad* la cual permite a Estados Unidos de América la intervención directa en países considerados como productores de drogas, lo cual atenta contra la soberanía de los estados-nación.

Quizá la etapa en la que se vio una campaña más energética de manera directa en contra las drogas, refiriéndonos a las personas que comercian con ellas y que las consumen, fue el periodo de Nixon. Sin embargo, para 1976, se modifican algunas cuestiones que no estaban contempladas en el tratado de 1961, esto es, la incorporación de drogas emergentes como el LSD (ácido lisérgico), las metanfetaminas y otra variedad de sustancias que fueron posibles con el avance de la farmacología. Cabe mencionar que Bourgois (2010) afirma que las prohibiciones aún tienen tintes de racismo ya que, por ejemplo, no se puede hablar de *Crack* en Estados Unidos, principalmente en New York, sin pensar en los puertorriqueños que habitan el Harlem.

Por último, en 1989 se realiza la última convención para iniciar una campaña de criminalización de consumo y de tráfico de sustancias ilícitas. La administración de Ronald Reagan fue fundamental en lo concerniente a la guerra contra las drogas; si bien no enfrentaba el problema en forma directa en lo concerniente a otros países, lo enfrentaba desde casa con el eslogan *simplemente di no a las drogas*, el cual “es sencillamente necio, en dos sentidos de esta palabra: carece de sentido del humor y es estúpido, porque no informa sobre qué drogas, en qué dosis y bajo cuales circunstancias uno debe rechazar” (Szasz, 2001: 128). Además, la administración de Reagan hizo posible que los padres denunciaran a sus hijos por consumir drogas durante la década de los 80, sin embargo, un hecho que es más abrumador hace referencia a que durante la “administración de Bush [se] respaldó e intensificó el esfuerzo por alistar a los <<chavales>> en la guerra contra las drogas. Delatar a sus propios padres no era suficiente; era aún mejor delatar también a los amigos” (Szasz, 2001: 130), es por ello que Bush instauró una educación sobre drogas de manera escolarizada³³ que, evidentemente, no es más que un adoctrinamiento que enseña el *establishment*, es decir, a pensar en las drogas como algo negativo, penoso y doloroso.

El gobierno de Carlos Salinas de Gortari en México aún no se preocupaba del todo por el problema del narcotráfico, aunque como señala Astorga (1996) ya se habían realizado operaciones importantes desde la década de los 60 en donde se confiscaron grandes cargamentos de marihuana y adormidera; sin embargo, la preocupación de la administración de Salinas no era más que la instauración del modelo neoliberal y la neutralización de los movimientos campesinos como el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), con lo cual la guerra contra las drogas, en México, aún no había alcanzado la magnitud del problema de consumo y venta por el que Estados Unidos estaba atravesando desde la década de los 60. De esta manera podemos observar, como afirma Szasz:

³³ Nótese que el eslogan *vive sin drogas* difundido por la televisora TV azteca tiene las mismas intenciones que Reagan dejaba ver en su campaña contra las drogas; también véase que actualmente han quitado de la matrícula escolarizada de las preparatorias de la UAEH, incluso en la licenciatura, materias concernientes a Ciencias Sociales para implementar materias que son una campaña en contra de las drogas; un estudioso de Ciencias Sociales no puede dar esta materia, quienes se encargan de “enseñarla” deben tener el perfil de médico o psicólogo.

[que] desde la Segunda Guerra Mundial, la Guerra contra las drogas se ha enconado durante más de cuatro décadas: ha sido más larga que las dos guerras mundiales, la de Vietnam y la del Golfo juntas. Sus orgullosas victorias están esparcidas en todo nuestro entorno, para que cualquiera pueda observarlas (Szasz, 2001: 104).

Por lo tanto, podemos establecer que, aunque en el momento en que se firmaron los tratos por parte de México no había una batalla directa contra el narcotráfico, estas firmas proporcionaron las bases para que con posterioridad se pudiera desarrollar una guerra en el interior del país en contra de los ahora narcotraficantes y consumidores tratados, hasta este punto, como criminales. Con todo lo anterior, podemos ver que existe un interaccionismo de intercambio de efectos en la relación bilateral México-E.U.A que ha tenido efectos simultáneos en cuanto a la persecución y etiquetamiento de las personas que consumen sustancias ilícitas bajo el eslogan, que pocas veces es puesto en tela de juicio, de que la adicción “destruye” a las personas. Por ello, es necesario revisar la guerra de baja intensidad que se lleva a cabo, no solo en México, sino en todos aquellos países que han sido clasificados como agricultores y distribuidores de las “fatídicas” sustancias.

1.3.2 El impacto de la guerra de baja intensidad en la vida cotidiana de los consumidores de sustancias ilícitas como problema público.

El replantearse el castigo por parte del Estado hacia los consumidores de drogas ilícitas en materia penal es hoy en día una problemática en términos sociológicos y en términos de políticas públicas en lo que concierne al mundo occidentalizado. La cuestión es poner “sobre la mesa” ¿Por qué una persona consumidora de sustancias ilícitas es puesta a disposición de las fuerzas del orden público y es tratada cómo delincuente? ¿Cómo es proceso por el cual una persona consumidora de sustancias ilícitas es estigmatizada como un delincuente latente o un enfermo en términos mentales?

Como hemos visto, el siglo XX se caracterizó por ser el periodo de tiempo en el que se combatió energéticamente a las actividades en torno a las drogas, tanto en su consumo como en su producción y distribución, de tal manera que los primeros esfuerzos ³⁴ por prohibir dichas actividades repercutieron en la

³⁴ Un ejemplo de ello es la Ley Harrison en Estados Unidos de América.

percepción de la opinión pública dando como resultado la aparición de dos figuras “míticas”. Los agricultores que se dedicaron a cosechar las sustancias ilícitas aparecerían ahora bajo el nombre de “narcotraficantes” y a las personas que las consumían sería etiquetados de “drogadictos”. Esta noción tiene su mayor difusión en México en el año 2006 con la cruzada moral *Para que la droga no llegue a tus hijos* iniciada por el ex presidente de la República Felipe Calderón Hinojosa, con este acontecimiento se comienza lo que se ha denominado *Guerra contra las drogas*³⁵ en México.

A manera de recapitulación, México ha intentado participar en esta política prohibicionista desde el siglo XX, sin embargo, por diversos motivos del desarrollo contextual e histórico del país no se había logrado una campaña eficaz como la que se ve hasta el siglo XXI. Esto no quiere decir que se culpe al presidente Felipe Calderón por detonar la guerra contra las drogas, pero debe reconocerse que durante su campaña para obtener la presidencia de la república nunca mencionó como prioridad el combate al narcotráfico y mucho menos sacar de los cuarteles a militares para combatir a las organizaciones “criminales” (además de encarcelar a personas consumidoras por tener en posesión cierta cantidad de marihuana, cocaína, LSD, metanfetaminas, etc.) que se encargan de traficar sustancias ilícitas al vecino del norte cuya demanda de estos insumos ha ido aumentando de manera paulatina (CNN, 2010). Desde la administración del ex presidente Ernesto Zedillo, el gobierno de la República se ha apoyado en las fuerzas militares para el combate a grupos denominados “organizaciones criminales”, esto debido a que los aparatos policiales tanto federales, estatales y municipales son poco eficaces y eficientes para combatir a estas organizaciones ante la falta de un interés cívico de protección a la ciudadanía y una falta de una política de seguridad nacional interna que emplee estrategias para el combate que no sean de forma bélica sino de corte administrativo³⁶.

³⁵ Cabe mencionar que esta noción es un tanto ambigua ya que no nos dice que drogas, en que cantidades y a que personas está dirigida. Se le llama *guerra contra las drogas* a los esfuerzos del gobierno federal, estatal y municipal para combatir la producción y uso de sustancias consideradas ilícitas comprendidas en diferentes tratados internacionales firmados por México.

³⁶ Esto sin mencionar los niveles de corrupción en México. El diario *El Universal*, a través de su portal en línea, reportó el 24 de enero de 2017 que de acuerdo con el Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) 2016 que realizó la organización Transparencia Internacional, México obtuvo

Distintos países de América Latina han tenido que pagar un alto precio en términos sociales y económicos por adherirse a la política prohibicionista de drogas impulsada por *empresarios morales* que promueven estas ideas desde organizaciones internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con su oficina encargada de tratar temas sobre el delito y el crimen (ONUDC). Es necesario apuntar que la guerra contra las drogas parece ser una campaña desde Estados Unidos de América por lo cual se le puede llamar *guerra de baja intensidad* (Astorga, 2007), una campaña de intervención militar por parte de la nación del norte que atenta contra la soberanía nacional de los países que se incorporan a dicha política prohibicionista. Esto es descrito por Luis Astorga de la siguiente manera:

En América Latina, México y los países de la zona andina, principalmente Colombia, Perú y Bolivia han resentido con mayor fuerza la política antidrogas promovida por Estados Unidos desde principios del siglo XX y adoptada, generalmente sin gran oposición de fondo, por los gobiernos latinoamericanos.

Como prelude de lo que llamaríamos *guerra contra las drogas*, la administración Nixon puso en marcha en 1969 la *Operación Intercepción* en la frontera con México. Los controles a vehículos y a personas no pararon el flujo de drogas hacia Estados Unidos, pero la medida sí provocó un conflicto diplomático. Posteriormente, entre 1975 y 1978 el gobierno mexicano, impulsado por Estados Unidos, inició un gran despliegue militar para destruir cultivos ilegales y le llamó *Operación Cóndor*. Diez mil fueron enviados a la sierra que comparten los estados de Sinaloa, Chihuahua y Durango para destruir cultivos de amapola y marihuana. En 1978 (1980) el gobierno de Julio César Turbay en Colombia puso en marcha la *Operación Fulminante* para destruir los cultivos de marihuana en la Guajira y la zona Atlántica, también con unos diez mil militares.

En 1986, el presidente Reagan promulgó la *directiva de seguridad nacional 221*, la cual definió el tráfico internacional de drogas como una amenaza a la seguridad nacional de Estados Unidos. En ese mismo año, el gobierno estadounidense comenzó en Bolivia la *Operación Alto Horno* con tropas del comando sur, agentes de la DEA [Drug Enforcement Administration] y helicópteros Black Hawk en apoyo a la policía nacional para destruir lugares de procesamiento de coca en los departamentos del *Chapare, Beni y Santa Cruz*.

En 1987, la DEA y el Bureau of International Narcotics Matters del departamento de estado [estadounidense] iniciaron la *Operación Corona de Nieve* en doce diferentes países, pero concentraron sus actividades en Perú, Bolivia y Ecuador. En 1989, la administración Bush lanzó la *Iniciativa Andina* en Colombia, Perú y Bolivia para reducir la distribución de cocaína hacia Estados Unidos, lo que implicó un financiamiento de poco más de

una calificación de 30/100 que lo ubica en la posición 123 de 176 países donde se aplicó el instrumento, justo a 53 lugares de ser el más corrupto.

dos mil millones de dólares para asistencia militar y económica, programas de aplicación de la ley y apoyo de la DEA.

En 2000 dio inicio el *Plan Colombia* y en 2007 la estrategia conjunta México-Estados Unidos llamada *Iniciativa Mérida*. (Astorga, Luis. 2012, *Drogas: un balance a un siglo de su prohibición*.)

Estas operaciones e iniciativas impulsadas por las diferentes administraciones de Estados Unidos de América denotan el fuerte interés de la nación del norte por combatir el tráfico de drogas ilícitas que afecta a sus intereses internos y que eran son un problema para las naciones en las que se llevaron a cabo estas disposiciones militarizadas. En ese sentido, ¿Por qué es necesario combatir una actividad de consumo en México y otras naciones de Latinoamérica? Preguntarse el *porqué* de las cosas lleva a una respuesta favorable o desfavorable al respecto de un tema; esa respuesta siempre lleva a una justificación que está acompañada de un *juicio de valor*; una posible respuesta es *porque es un problema público*, pero, ¿qué es un problema público? En muchas ocasiones se piensa que los problemas públicos son aquellos que las personas en determinada sociedad y en determinado momento histórico identifican como un hecho conflictivo entre sus miembros, sin embargo, esta respuesta estructural funcionalista es demasiado ambigua ya que presenta la respuesta unidimensional de que únicamente las situaciones conflictivas son las que dan origen a un problema, como si alguna fuerza invisible determinara que es momento de desatar el caos.

Para evitar una respuesta reduccionista es necesario considerar un problema público desde el constructivismo de Joseph Gusfield (2014), en este sentido, vemos que los problemas son creados en términos de *autoridad cultural* por instituciones o dispositivos que gocen de legitimidad política, con lo cual establecemos que existen personas encargadas de identificar, normar, categorizar, regular y controlar lo que han identificado como un problema público. Estas personas que se encargan de generar normas de control social, por tener un alto grado de legitimidad política, son clasificados por Howard Becker (2009a) como *empresarios morales* que se creen con una moral superior al resto de las personas que comenten actos que les son incómodos a estos y a su camarilla.

Con lo anterior, un problema público no lo es hasta que un empresario moral da voz de alarma en la sociedad para combatir el mal que le aqueja y que combate por medio de una *cruzada* o una *campaña moral* en contra de la acción “impúdica” como lo es el consumo de sustancias ilícitas. Si esta voz de alerta no es emitida, el supuesto problema se queda en el orden de lo privado. Siguiendo a Gusfield (2014), para que sea posible la situación de exhibir un problema público es necesario que el empresario moral convenza al auditorio de que es necesario combatir ese “problema” y eso se logra por un proceso analógico que el autor nos proporciona. En primer lugar, se requiere del *arte oratorio* que tiene que ver con la identificación de lugares y figuras retóricas que causen emociones entre los públicos a los que dirigen el mensaje con la intención de persuadirlos. Así, se crea la imagen de que en las zonas periféricas de las ciudades existen personas que consumen drogas y que son delincuentes potenciales ya que, al habitar en zonas marginalizadas, estas personas que hacen uso de sustancias ilícitas se ven en la necesidad de robar o mezclarse con las organizaciones criminales para obtener los insumos a los que se han hecho “esclavos”³⁷. De esta manera, la exhibición de atributos altamente desacreditadores (Goffman, 2010) de espacios y de personas hace posible persuadir a determinados públicos de fijar su atención en lo que el empresario moral desea sea observado.

En segunda instancia, se requiere del *arte dramático*, es decir, montar un espectáculo que emocione al público. Esto puede ser ejemplificado con un testimonio de un consumidor que fue descubierto por policías en posesión de marihuana antes de que la campaña del ex presidente de la república mexicana Felipe Calderón entrara en vigor³⁸:

[21.02.2009. Consumidor X¹. En un parque de la ciudad de Pachuca. Caminando rumbo a una fiesta.]

³⁷ Consideremos que la metáfora “esclavos de las drogas” no debe ser entendida literalmente, como lo sugiere Thomas Szasz (2001), ya que ser esclavo implica que el amo obligue a la persona hacer algo que sea contra de su voluntad, a realizar acciones, aunque este no desee hacerlas; por tanto, el consumidor de sustancias no es un esclavo de las drogas ya que este hace uso de las sustancias a voluntad y deseando estar “intoxicado”.

³⁸ Este testimonio se obtuvo de una plática casual con el consumidor X¹ en el año 2009 cuando nos dirigíamos a comprar marihuana a un barrio de Pachuca llamado el Lobo. Esto sucedió de manera casual ya que en ese entonces me encontraba realizando trabajo de campo con camarillas que consumían la sustancia en la ciudad de Pachuca. La persona que me facilitó esta información es del Estado de México y su relato refiere a esos lugares.

César: oye *carnal*³⁹, ¿y alguna vez te han *trepado*⁴⁰ los *puercos*⁴¹?

X¹: *Simón*⁴² *canalito*, por eso del 98 andaba *chambeando*⁴³ por Toluca. Entonces pues ya saliendo de la *chamba* pues que me pongo a *ponchar*⁴⁴ un *toque*⁴⁵. Y en eso volteo y ¡No *mano*⁴⁶! Venía una *perrera*⁴⁷ con cuatro *puercos*. Pues para no hacértela larga, me *cacharon*⁴⁸ con el *toque* en las *manoplas*⁴⁹.

César: ¡*Chale!*⁵⁰ ¿¡Y luego *carnal!*?

X¹: Pues ya se pararon y que me la empiezan a hacer de *pedo*⁵¹. Pues ya me habían *topado*⁵², ni cómo hacerse pendejo. Y pues me empezaron a interrogar, que ¿a dónde iba? ¿qué si no sabía que eso era malo para mi salud? En fin, un *choro*⁵³. Lo más *cagado*⁵⁴ es que iba pasando gente por ahí, así, bien *sacada de pedo*⁵⁵ *carnal*. Nada más me volteaban a ver bien *gacho*⁵⁶. Para no hacértela larga, pues ya me *treparon* y me dieron una vueltecita en la *trulla*⁵⁷; según ellos me habían ido a aventar a un lado bien lejos de mi *jaula*⁵⁸, pero los pendejos me dejaron cerca de donde vivía, lo malo es que me dieron *bajilla*⁵⁹ con mi *feria*⁶⁰ y mi *porro*.⁶¹

Lo interesante del testimonio anterior es observar que antes de que exista una norma, no es posible sancionar a una persona, sin embargo, los policías al “saber” que es malo para la salud ya han sido persuadidos de que el consumo de sustancias como la marihuana es potencialmente malo. La gente que pasa y observa la dramatización se lleva una impresión de la realidad que acaba persuadiéndolos y convenciéndolos de que la persona que consume, al ser detenido por elementos policiales, que ostentan una autoridad legítima para sancionar cierto tipo de conductas, debe ser en verdad una persona que cometió un acto desviado y debe ser sancionado, aunque de hecho no sea así.

³⁹ Carnal: hermano, amigo.

⁴⁰ Trepas: hace referencia a subir.

⁴¹ Puercos: policías

⁴² Simón: afirmación, sí.

⁴³ Chamba: trabajo.

⁴⁴ Ponchar: liar un cigarro.

⁴⁵ Toque: refiérase al cigarrillo armado o fumar marihuana.

⁴⁶ ¡No mano!: expresión de asombro para decir No.

⁴⁷ Perrera: patrulla tipo camioneta

⁴⁸ Cacharon: atraparon, descubrieron.

⁴⁹ Manoplas: manos.

⁵⁰ Chale: expresión que denota desaprobación.

⁵¹ Hacer de pedo: hacer un escándalo verbal o físico.

⁵² Topar: aquí hace referencia a descubrir, encontrar. Puede referirse también, en otro contexto, a conocer algo o a alguien.

⁵³ Choro: verborrea.

⁵⁴ Cagado: aquí se refiere a risible, chistoso.

⁵⁵ Sacado de pedo: impresionado, que no se lo puede creer.

⁵⁶ Gacho: expresa una actitud de uno hacia otro de mala fe.

⁵⁷ Trulla: refiérase a patrulla.

⁵⁸ Jaula: referente a house, casa.

⁵⁹ Bajilla: dar baje, despojar de pertenencias.

⁶⁰ Feria: dinero.

⁶¹ Porro: cigarrillo de marihuana.

Por último, el empresario moral hace uso del *arte narrativo*, es decir, se hace de medios impresos, televisivos, radiofónicos e informativos (internet) para generar una idea de que la acción que pretende prohibir es en realidad en beneficio de la ciudadanía. Con ello, la etapa de convencimiento se difunde por medio de los públicos que han sido receptivos en cuanto al mensaje prohibicionista, reformista o abolicionista y se comienza a formular un problema público. En esta etapa, podemos ver que se difunden ante el auditorio ejemplos llamativos, mensajes publicitarios extravagantes y explicaciones de “expertos en el tema” que ostentan la *jerarquía de la credibilidad*⁶² (Becker, 1967) por tener un grado de profesionalización pero que, sin embargo, carecen de herramientas verídicas para comprobar que la adicción a las drogas existe. Los ejemplos sobre este tema son abundantes, basta con ir a un puesto de revistas, comprar el diario, ver la sección policiaca y ver que existen notas con expresiones como “lo cacharon quemándole las patitas al diablo”, “detenido por traficar con el *enervante*”, “suicidio por estar bajo los efectos de la *fatídica sustancia*”, etc. O prender el televisor y descubrir programas de *opinión* que hablan de lo perjudicial que es consumir drogas, ver el noticiero, etc⁶³.

Después de que el problema público ha sido creado, es momento de legislar de manera interna en reglamentos, normas y leyes que prohíban el consumo, cultivo, cosecha, portación y tráfico de sustancias comprendidas por los lineamientos internacionales como ilícitas. De esta forma, con la creación de las cuestiones normativas, se crea la figura desviada del consumidor percibido, en primera instancia, como delincuente. Esta parte es importante ya que al no estar prohibida una actividad, no puede ser penalizada; de hecho, como hemos revisado, el contexto histórico en el que se desarrolla una actividad influye para que no se sea etiquetado como *drogadicto* como el siguiente testimonio lo sugiere:

⁶² Se ha criticado a la teoría interaccionista de la desviación el no incluir aspectos de poder a lo largo de su planteamiento teórico-metodológico. La jerarquía de la credibilidad expresa de manera implícita que existen personas que ostentan el poder de convencer dado su estatus de “experto”.

⁶³ Debe tenerse en cuenta que estos mensajes son dirigidos al auditorio únicamente mientras la campaña o cruzada moral se están llevando a cabo, de lo contrario serán muy esporádicos o nulos los artículos que hablen sobre el tema que a la autoridad cultural o al empresario moral le interesa dar a conocer.

[30.03.2017. En un comedor del centro de la ciudad, no consumidor X², tiene 50 años de edad] Si, la situación de las drogas hoy en día está pesado. Yo recuerdo que cuando iba en la secundaria, incluso en la preparatoria, no se oía mucho que las personas usaran drogas como en estos tiempos. Yo nunca conocí a nadie que lo hiciera. Bueno sabíamos de X mucho tiempo después de estudiar, cuando estaba trabajando en la [policía] federal, pero nunca lo hizo frente a nosotros. Una persona muy trabajadora, por cierto.

Por supuesto que esto no es suficiente para que se persiga a los consumidores, ya que el hecho de que exista la norma no es indicador de que se persiga al ahora “culpable” jurídicamente, esto puede ejemplificarse con el siguiente testimonio:

[03.11.11. Consumidor X². En una *casa fiesta* de consumo de drogas en Pachuca.]

X³: ¿no mames⁶⁴ X², dónde putas andas? ¡Saca!⁶⁵

X²: herido⁶⁶ carnal, ¡me acaba de pasar una mamada⁶⁷!

César: ¿qué chow⁶⁸? ¿qué te paso?

X²: pues venia del *canton* y ya venía sobre el boulevard y me atoraron⁶⁹ los *puercos*.

X⁴: ¡ah que pendejo! [se ríe] ¿Y luego?

X²: pues ya me había comido un ajo⁷⁰ cuando venía para acá, y traía todo lo demás *entuzado*⁷¹, pero pues me pararon y yo *andaba en mi pedo*⁷². Ya me revisaron y todo el pedo, me vieron *acá*⁷³ y pues solo me quitaron mis *dulces*⁷⁴ y me dejaron ir. Mejor ustedes *aliviáenme*⁷⁵.

Si ponemos atención, en el año 2011 el combate contra las drogas en México ya existía, pero a este consumidor lo dejaron en libertad y sólo le decomisaron las sustancias ¿a que circunstancias se debió este acontecimiento? Un dialogo establecido con un abogado que trabajo en barandillas durante varios años fue aclaradora al respecto:

[18.05.17. Abogado de Oficio en barandillas. No consumidor X². Plaza Revo, Pachuca. El dialogo se estableció en torno a acciones consideradas como faltas administrativas y personas que son llevadas a barandillas].

⁶⁴ no mames: Expresión de desaprobación.

⁶⁵ Saca: expresión para indicar que debe invitar las drogas.

⁶⁶ Herido: indica que no posee algo.

⁶⁷ Pasar una mamada: puede indicar algo risible o algo trágico.

⁶⁸ Chow: de show, ¿qué onda?

⁶⁹ Atorar: atrapar, encontrar de frente.

⁷⁰ Ajo: se refiere a la sustancia ácido lisérgico (LSD)

⁷¹ Entuzar: guardar, esconder.

⁷² Andar en el pedo: estar bajo los efectos de la droga.

⁷³ Andar acá: estar drogado.

⁷⁴ Dulces: diversas drogas.

⁷⁵ Alivianar: hace referencia a hacer un favor.

César: A ver dígame, suponga que yo he bebido demasiado alcohol y me dispongo a orinar la vía pública y me descubre un policía. Este me llevaría a la barandilla ¿cierto? Para usted, ¿esto me hace un delincuente?

Abogado: si te llevan a barandilla, pero no eres un delincuente, solo eres un infractor de una norma.

César: perfecto, pero ahora suponga que un vagabundo que ha ingerido igual mucho alcohol y se dispone a orinar en la calle y una patrulla lo descubre, ¿es llevado a barandilla por ser un infractor de la norma?

Abogado: a diferencia de ti, a este supuesto vagabundo no se lo llevarían a galeras.

César: ¿Por qué si es la misma acción?

Abogado: si, pero tú eres una persona *normal*, él es un ebrio Consuetudinario.

César: ¿qué es eso de un borracho constitucional?

Abogado: [se ríe] no es constitucional es consuetudinario. Pues es así como una condición que hace referencia a que esa persona no cometió una violación a la norma porque esa es su forma de vida. Mira, por ejemplo. Un día llegó una patrulla y había agarrado a un borrachín de las vías del ferrocarril, ahí donde se junta el *escuadrón de la muerte*. Entonces pues estos dos oficiales estaban orgullosos de haber agarrado algo durante su rondín. Pero el comandante los empezó a reprender ya que, pues esa persona es un ebrio consuetudinario, no tiene otra forma de vivir. Les dijo: ¿¡qué están ustedes pendejos!>? ¿No saben que esta persona no puede vivir sin el alcohol? Si lo tenemos aquí encerrado y le pasa algo, se nos muere o algo, va a ser nuestra culpa. Llévenselo y déjenlo donde lo encontraron.

Por tanto, la condición para que dejaran ir al consumidor de sustancias ilícitas X² es porque bajo los efectos de las drogas no saben cuál puede ser su reacción cuando lo lleven ante las autoridades competentes para procesarlo. Durante las observaciones realizadas, se puede encontrar que las personas que eran llevadas a prisión preventiva era por delitos de posesión y tráfico de sustancias ilícitas, estas personas estaban sobrias y eran detenidas (aún lo siguen siendo) por lo que Lóic Wacquant (2015) describe como *portación de cara*, es decir, son detenidos por vestir de alguna manera, o por su condición étnica. Cabe destacar que estas personas estaban lúcidas en el momento de su detención como el siguiente testimonio de un interno del CEAIA lo refiere:

[20.02.2017. Interno del CEAIA X¹, durante una sesión de ajedrez] Pues mira, a mí me *atoraron* por pendejo. Íbamos bajando como 10 cabrones de ir a *armar*⁷⁶, pero yo llevaba el *guato*⁷⁷ en los pantalones. Entonces nos

⁷⁶ Armar: acción de comprar drogas.

topamos, así de frente, a los *puercos*. Pues total, ya sabes, la quesque revisión de rutina. Y pues ya ni cómo zafarme. Todos los demás se *chisparon*⁷⁸ en *corto*⁷⁹. Y pues, la *neta*⁸⁰ la *neta*, nos toparon porque si nos veíamos bien *placosos*⁸¹ y *malandros*⁸².

Un número considerable de personas, sin embargo, son detenidas por posesión de sustancias ilícitas. Cuando son detenidas por posesión de sustancias en cantidades superiores a las establecidas en la Ley General de Salud (2007), se les aplican leyes *ex post facto*, y de ser tratados como consumidores se les otorga una sanción como delincuentes por la cantidad que portan. En varias ocasiones los grupos de consumidores reúnen una cantidad de dinero para conseguir cantidades superiores a la ley que son adquiridas por medio de un *dealer* (por lo regular un menudista). Pero al ser detenido por portación de cara, y traer encima un kilo o medio kilo de marihuana (o “x” cantidad de otras sustancias), se le trata como narcotraficante con las penas en prisión que eso conlleva. En varias ocasiones se encontró que al ser exhibida la condición de consumo que la persona tenía en secreto, a esta se le aplican sanciones informales. Alumnos de la universidad son reprobados y culpan a su condición de consumidor como causante de su deficiente desempeño académico; hombres y mujeres son despojados de sus hijos por tener un hábito de consumo; es difícil conseguir un empleo (de por sí difícil si no se consumen sustancias) si se está fichado por la autoridad por consumir drogas.

Por último, aquí no se está justificando que el mercado negro de drogas ilícitas ya que evidentemente ha causado un sin fin de bajas civiles en los países que se adhieren a la normatividad prohibicionista impuesta por Estados Unidos de América, pero si se hace énfasis en que la guerra contra las drogas ha hecho que las matanzas, que antes eran un problema privado entre estos grupos organizados, se hayan hecho un problema público con consecuencias catastróficas por cumplir los deseos caprichosos de la nación del norte. Esto nos remite al teorema de William Thomas (2005) de que *si el individuo piensa que una situación es real es real en sus consecuencias*, por lo que se hace una

⁷⁷ Guato: marihuana en medianas cantidades (un cuarto de kilo, medio kilo)

⁷⁸ chisparse: zafarse.

⁷⁹ en corto: rápido.

⁸⁰ La neta: la verdad.

⁸¹ placosos: referente a placas de policía. Indica que es notorio que se está haciendo algo malo.

⁸² Malandro: fachada de malo.

invitación a reflexionar sobre los discursos de “expertos en el tema” que ostentan la jerarquía de la credibilidad con argumentos que no se han puesto en tela de juicio y se adoptan como cuestiones doctrinarias más que como fundamentos científicos jugando retóricamente con la creencia de las personas con el fin de impulsar normas que causan ciertos efectos en los usuarios que consumen ese tipo de sustancias, entendiendo que el consumo de sustancias ilícitas no es una enfermedad, sino que es un comportamiento social.

Aquí tampoco se está promoviendo el uso de dichas sustancias ni su legalización ya que al adscribirse a esta corriente legalizadora (que por cierto únicamente se está enfocada a la marihuana y no a otras sustancias) es aceptar que quienes las consumen son enfermos *per se* ya que parte de la legalización consiste en operacionalizar mecanismos de salud para tratar a estas personas como enfermas por “esclavizarse con las drogas” (dispositivos que en México ya se están poniendo a prueba como es el caso de Hidalgo con el CEAIA). En esta última parte se una invitación a repensar las consecuencias no deseadas de una guerra que ha obtenido resultados poco favorables, a pensar en cómo disminuir el poder de las organizaciones que se han adueñado de la vida y la agenda pública. Entendamos que no todo el que delinque es un consumidor de drogas, pero un delincuente puede hacer uso de estas sustancias; dejemos de gobernar a través del delito poniendo en la agenda pública la seguridad social, no en criminalización y en una política armamentista. Es imperante dejar de hacer generalizaciones basadas en mitos que generen más mitos.

1.4 El Estado Penitenciario: de ser un consumidor de sustancias a ser un criminal.

Hasta este momento, hemos revisado que el consumo de sustancias así llamadas ilícitas se realiza por medio de un consumo por aprendizaje en camarillas, pero que antes de considerar el consumo como ilícito, debemos de pensar en la existencia de la norma que prohíba cierto tipo de actuación, de lo contrario el comportamiento realizado no sería percibido como ilícito. También hemos revisado cómo México se ha unido durante todo el siglo XX a la campaña prohibicionista impulsada desde Estados Unidos de América lo cual

ha repercutido en las prácticas cotidianas de las personas que hacen uso de estas sustancias por la creación de un problema público; en ese sentido hay que considerar en qué momento se desarrollan las normas que prohibieron el tráfico y consumo de sustancias provocando así una interacción por intercambio de efectos de la organización del Estado hacia los consumidores de dichas sustancias. En este apartado revisaremos cómo, a partir de que se hace público el concepto de drogodependencia o adicción a las sustancias, el Estado legisla la campaña moral de los empresarios morales con la finalidad de encontrar cómo se pasó de un consumo que no era penalizado a cómo hoy en día dicha legislación tiene efectos sobre los consumidores que llegan a prisión por la aplicación de leyes *ex post facto*.

La historia del Estado penitenciario comienza en New York impulsada por dos empresarios morales, a saber, William Bratton, ex jefe del *New York Police Department*; y Rudolph Giuliani quien fue alcalde de la ciudad antes mencionada de 1994 a 2002. William Bratton, es llamado por Wacquant (2015) como el padre de la *tolerancia cero*, política que derriba los resultados de años de investigación criminológica, sociológica y antropológica con una sola frase, a saber, que la causa del delito es el mal comportamiento de los individuos y no la consecuencia de condiciones sociales; por supuesto es fácil decirlo cuando la persona no tiene más que tres años de ejercer cómo policía de oficio sin preparación académica alguna. Giuliani, por su parte, ha llevado su política de cero tolerancias hasta México, inclusive cuando Andrés Manuel López Obrador fue jefe de gobierno, contrató en 2002 a la consultora del ex alcalde para aplicar su programa en las calles de la ahora CDMX (Nación 3,2,1, 2016). Pero esto no ha ocurrido sólo en México, de hecho:

América latina es hoy la tierra de la evangelización de los apóstoles del “más Estado” policial y penal, como en las décadas del setenta y ochenta, bajo las dictaduras de la derecha, había sido el terreno predilecto de los partidarios y constructores del “menos Estado” social dirigidos por los economistas monetaristas de América del norte. Así, los *Chicago Boys* de Milton Friedman son sustituidos por los *New York Boys* de Rudolph Giuliani y el Manhattan Institute. (Wacquant, 2015: 12)

La política detrás del Estado penitenciario es entonces la cero tolerancia al crimen, sea lo que esto signifique para los empresarios morales, que se adjudica a las clases obreras, los desposeídos, marginales, drogadictos, etc.

Pero esta doctrina no solo se ha incorporado en Latinoamérica, se ha extendido a Europa y Oriente medio en donde se aplica la cero tolerancia en contra de los migrantes. Al respecto, Wacquant continua:

En realidad, criminólogos, juristas y jefes de policía coinciden en la idea de que el feudo de Rudolph Giuliani pagó un pesado triunfo financiero y cívico por la baja de la criminalidad: elevación masiva del presupuesto y el número de efectivos de las fuerzas del orden, escalada de denuncias por abuso y violencias policiales, crecimiento continuo de la cantidad de personas detenidas y encarceladas, desconfianza y terror crecientes de la población de los barrios pobres y notable deterioro de las relaciones entre la comunidad afroamericana (e hispanoparlante) y la policía, a punto tal que el reverendo Calvin Butts, que dirige la principal iglesia bautista de Harlem, corazón de Nueva York negro, osó tratar públicamente al alcalde Giuliani de “racista que está creando un Estado fascista”. (Wacquant, 2015: 13)

De esta manera nos encontramos que el Estado penitenciario tiene como característica principal la criminalización de los sectores obreros y personas en situación de pobreza en la sociedad, así como la creación de nuevas figuras delictivas; este modelo de intervención contra el crimen tiende a argumentar que entre más detenciones existan, más bajaran las incidencias delictivas; por lo tanto, se apoya del sistema penitenciario para para cumplir dicho objetivo.

Para continuar con el análisis de la situación de los consumidores de sustancias ilícitas en el Estado penitenciario a la mexicana, debemos de puntualizar algunos elementos de suma importancia para comprender el modelo de dicho Estado, herramientas conceptuales que fueron extraídas del texto de Lóic Wacquant en su obra *Las cárceles de la miseria* (2015).

A saber, la obra se divide en dos bloques; en la primera parte, se intenta resolver la pregunta ¿Cómo se difunde la doxa punitiva neoliberal a América Latina y Europa? Como ya hemos mencionado, el modelo de la tolerancia cero se encuentra en proceso de *mundialización* para ser aplicado conforme a los lineamientos de los empresarios morales que intentan “frenar la delincuencia”. El objetivo que esta primera parte logra es la de rastrear los caminos y procesos mediante los cuales la doxa punitiva neoliberal, compuesta de nociones y medidas que apuntan a la criminalización de la pobreza, normaliza el trabajo inseguro y mal pago en la base de la estructura social. Este proceso se logra mediante tres fases de desarrollo. La primera fase es la gestión,

exposición y propagación de ideas en los campos burocrático y periodístico, de términos, tesis y criterios que convergen en la penalización de lo marginal; de esto hemos hablado en el apartado anterior cuando utilizamos el *arte narrativo* que emplea Gusfield (2014). La segunda fase, consisten en una importación selectiva, por medio de la traducción y adaptación del lenguaje cultural, en el marco de las instituciones nacionales, funcionarios públicos y dirigentes políticos; en este caso, hemos expuesto la participación del Estado mexicano durante todo el siglo XX en apoyo a la política prohibicionista de Estados Unidos de América en cuanto al control de “drogas y estupefacientes” se refiere. La última fase, consiste en la academización de las categorías de la penalidad neoliberal, tarea que es encomendada a investigadores y académicos que realizan proyectos pseudoeruditos, ya que en su mayoría se fundamentan en discursos politizados y en el sentido común que provienen de la fase anterior, que son hechos a medida y conveniencia de los empresarios morales; aquí, basta con hacer una búsqueda en un explorador de internet para que el lector “incrédulo” pueda darse cuenta de que existe una gran cantidad de estos materiales de “investigación” realizados por académicos de la psicología, psiquiatría, juristas, sociólogos, etcétera.

Este primer bloque permite legitimar las ideas políticas de los empresarios morales, así como aumentar sus niveles de credibilidad ante las distintas audiencias a quienes se les convence, de manera retórica, de apoyar la persecución y criminalización de distintos sectores de los estratos bajos de la estructura social, en nuestro caso, de las personas que consumen sustancias que, después de dicho proceso, se han llamado ilegales. Cabe aclarar un punto, los “especialistas” en el tema que realizan estas “investigaciones no son empresarios morales, sino que apoyan la campaña moral de dichas personas; podríamos decir que estas personas no elaboran investigaciones y proyectos anti-drogas, anti-consumo, pro-rehabilitación o pro-encarcelamiento con pensamientos lesivos, sino que los escriben y desarrollan por ingenuos, es decir, nos encontramos con la figura de ingenuos morales.

Retomando el tema del Estado penitenciario en la obra de Wacquant (2015), la segunda parte resuelve la pregunta ¿Qué papel juega el régimen de paternalismo liberal en el sistema penal como aparato de administración de la

pobreza, la encrucijada del mercado laboral desregulado de bajos salarios, los programas de seguridad social reformulados para sostener el empleo casual y el declinante gueto como dispositivo de control etnoracial⁸³? El bloque examina la transición del Estado Social al Estado Penal como una cura pragmática a los elementos que ya hemos pronunciado; aquí cabe mencionar los cinco elementos de análisis empleadas por Wacquant para lograr observar el Estado Penitenciario implementado por Estados Unidos de América, del cual veremos su compatibilidad con el sistema penitenciario mexicano.

Como primer elemento, tenemos la expansión vertical del Estado carcelario⁸⁴, este punto nos habla del alza desbocada de las poblaciones de reclusos en centros de detención carcelaria. Anteriormente mencionamos como la política de tolerancia cero se caracterizaba por la criminalización de la pobreza y la creación de figuras delictivas; así, dicho modelo se encarga de vigilar, castigar y perseguir a estas figuras delictivas que durante la primera fase, como ya hemos mencionado, se han creado por los caprichos morales de los empresarios e ingenuos morales.⁸⁵ El discurso empleado para convencer retóricamente a las audiencias es que las detenciones a gran escala darán como resultado bajos índices delincuenciales. Sin embargo, pese a dichas acciones, “el aumento o el descenso en las tasas de criminalidad no es causa directa del creciente encarcelamiento de las personas sino parte de una *decisión política de los Estados* en torno a la justicia penal” (Calveiro, 2012: 193), dicha decisión tiene como consecuencia el crecimiento desproporcional del número de personas que son llevadas a situación de encierro en las cárceles provocando así el sobrepoblamiento en el sistema penitenciario mexicano y de otros países que aplican el modelo de tolerancia cero.

Con base en lo anterior, la Comisión Nacional de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo (CNDHEH) realiza desde enero de 2014 un informe

⁸³ Como aclaración, México no es un país que base su sistema de exclusión por condiciones raciales, sino que obedece a condiciones objetivas y materiales, es decir, se excluye por el origen social, se es clasista en este sentido. Por supuesto que no se descarta que pueda existir algún tipo de racismo. Este punto no se aborda en esta tesis ya que no es objetivo de la misma.

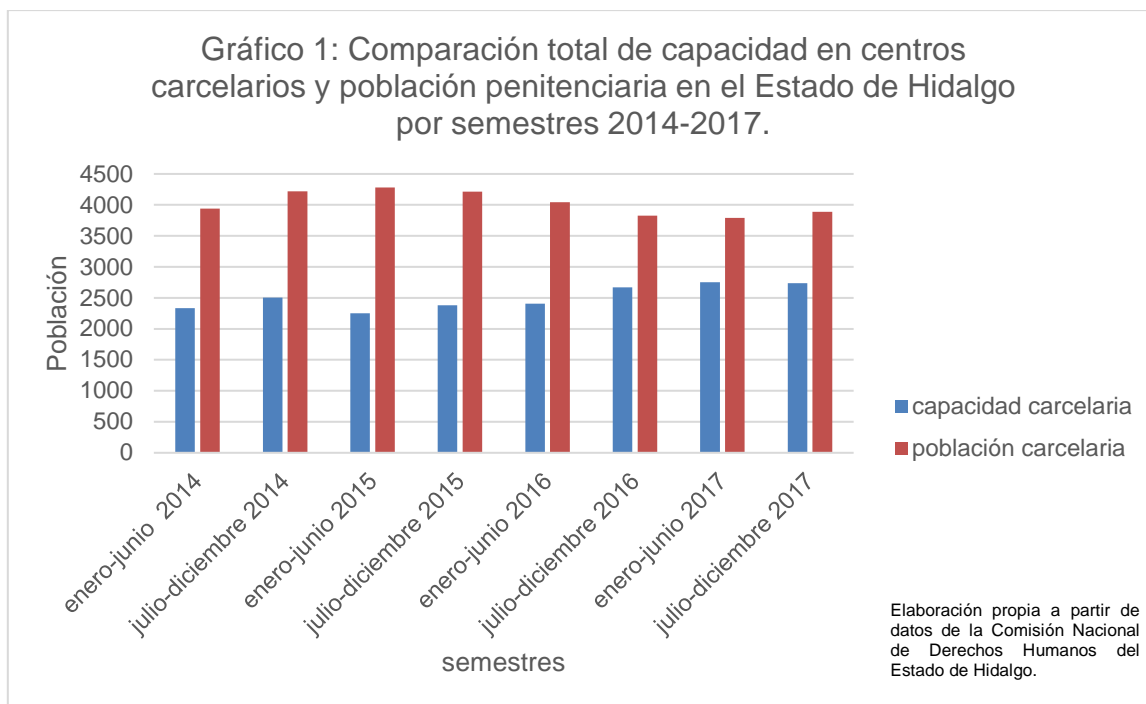
⁸⁴ Wacquant utiliza como sinónimos Estado Penal y Estado Carcelario.

⁸⁵ Becker (2011) sugiere que los conceptos deben ser claros y flexibles, que sean claros para el lector y evitar, en la medida de lo posible, escribir con clase. Sugiere que crear conceptos a través de la observación y no meter por fuerza conceptos teóricos a la investigación.

semestral de la capacidad de los centros carcelarios en el Estado en relación con la población reclusa que nos sirve para visualizar como se desarrolla el primer punto de sobrepoblación carcelaria⁸⁶. Cabe destacar que estos datos se utilizan con fines de corroboración de la existencia del Estado Penal en México, en particular, en el Estado de Hidalgo. La siguiente gráfica (gráfico 1) presenta en azul la capacidad carcelaria en contraste con la población que existe en todo el Estado de Hidalgo de personas en situación de encierro carcelario por semestres desde 2014 a 2017. Lo que podemos observar es que, sin duda, podemos hablar de que existe sobrepoblación penitenciaria, lo cual cumple con el primer punto que aquí estamos tratando⁸⁷.

⁸⁶ Pese al uso de esta información estadística, es nuestra posición no confiar en dichos informes, dado que tienen ciertas inconsistencias. Por ejemplo, en cuanto a las capacidades, por municipio, de los 15 centros carcelarios en el Estado de Hidalgo, 6 centros muestran un ascenso creciente del cupo para personas detenidas (Huasteca, Jacala, Mixquiahuala, Molango, Tulancingo y Atotonilco); 8 centros muestran un ascenso y descenso que no explican los informes de la CNDHEH. De esta manera, el municipio de Pachuca presenta una capacidad carcelaria para 840 personas en junio 2014, 900 para diciembre 2014, 654 para junio 2015 a junio 2016 y 947 a diciembre 2017; Tenango de Doria presenta una capacidad carcelaria para 100 personas de junio 2014 a diciembre 2014, 174 para junio 2015 a junio 2016 y 172 de diciembre 2016 a diciembre 2017; Tula presenta capacidad para 176 personas en junio 2014 y 266 en diciembre 2014, 168 para junio 2015, 300 para diciembre 2015 a junio 2016 y 292 para diciembre 2016 a diciembre 2017; Metztitlán presenta una capacidad carcelaria para 10 personas en junio de 2014, 15 para diciembre de 2014 a junio 2016, 12 para diciembre 2016 y 16 para junio de 2017; Tizayuca presenta una capacidad carcelaria para 48 personas de junio 2014 a diciembre 2014, 58 para junio 2015 a diciembre 2016 y 56 para junio 2017 a diciembre 2017; Zacualtipán presenta una capacidad carcelaria para 15 personas en junio 2014, 12 para diciembre 2014 a diciembre 2015, 16 para junio 2016, 11 para diciembre 2016 y 12 en junio 2017 a diciembre 2017; Zimapan presenta una capacidad carcelaria para 19 personas de junio 2014 a junio 2017 y 0 en diciembre de 2017; por último, el Centro de Internamiento para Adolescentes presenta una capacidad carcelaria para 100 personas para junio 2014, 94 para diciembre 2014, 100 para junio 2015 a diciembre 2015, 120 para junio 2016, 100 para diciembre 2016 a junio 2017 y 110 para diciembre 2017. Estos ascensos y descensos no se explican y nos hacen dudar de la veracidad de dicha información. Véase cuadro 2 en anexos para más información.

⁸⁷ Si el lector desea saber cuál es la situación de sobrepoblación por entidad municipal en Hidalgo en la cual se encuentran centros carcelarios puede ver el cuadro 2 que se encuentra en anexos o, en su defecto, observar los gráficos 2 al 9 en anexos.



Sin embargo, ¿Cuántas de estas personas se encuentran en situación de recluso por alguna ley que tenga que ver con “drogas”? La búsqueda de la información por medio del sistema penitenciario es casi imposible de obtener dado que es demasiado hermético en cuanto a facilitar ese tipo de información. Sin embargo, las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) nos proporcionan cierta información que puede ser de utilidad para demostrar esta situación. En la base de datos titulada Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales (CNGSPSPE) que se ha aplicado desde 2011 (para dar a conocer lo acontecido en 2010) hasta 2017 (para dar a conocer los acontecimientos de 2016). La revisión de esta información nos lleva a las siguientes conjeturas (véase cuadro 3 y 4):

- a) El censo registró para 2011 diez casos de ingreso en el Estado de Hidalgo por *narcomenudeo* en la modalidad de fuero común, cantidad que ascendió a doscientos ochenta casos para 2012. Para los años venideros, esta información se dejó de registrar en el CNGSPSPE.
- b) Se registró que, para 2010 setenta y ocho casos de ingreso en el Estado de Hidalgo por *delitos contra la salud en todas sus modalidades* en la modalidad de fuero federal, cantidad que aumentó en 2011 a ciento treinta

ingresos y disminuyendo en 2012 a ochenta y siete casos. Para los años venideros, esta información se dejó de registrar en el CNGSPSPE.

- c) También se registró que para 2010 siete casos de ingresos en el Estado de Hidalgo por *delitos previstos en la ley federal contra la delincuencia organizada* en su modalidad de fuero federal, cantidad que aumentó en 2011 a doce casos de ingresos y disminuyendo a tres casos en 2012. Para los años venideros, esta información se dejó de registrar en el CNGSPSPE.

Cuadro 3: ingresos a los centros penitenciarios por entidad federativa según tipo de delito del fuero común y fuero federal. Situación del Estado de Hidalgo de 2010 a 2016.

tipo	delito	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
fuero común	narcomenudeo	0	10	280	N/A	N/A	N/A	N/A
fuero federal	asociación delictuosa	0	0	0	N/A	N/A	N/A	N/A
fuero federal	delitos contra la salud en todas sus modalidades	78	130	87	N/A	N/A	N/A	N/A
fuero federal	Delitos previstos en la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada	7	12	3	N/A	N/A	N/A	N/A

N/A= No aplica

Elaboración propia a partir de la base de datos del CNGSPSPE de INEGI de 2011-2017.

- d) El censo registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *narcomenudeo* en su modalidad de fuero común en el Estado de Hidalgo que para 2011 era de ocho personas, en 2012 noventa y ocho personas, en 2013 de trecientas tres personas; para 2014 ascendió a trecientas veintisiete en esta situación. Para los años venideros, esta información se dejó de registrar en el CNGSPSPE.
- e) Se registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *delitos contra la salud en todas sus modalidades* en su modalidad de fuero federal en el Estado de Hidalgo que para 2010 era de setenta y un personas, en 2011 descendió a sesenta y cuatro personas, en 2012 setenta y un personas, para 2013 ascendió a ochenta y dos, para 2014 esta cantidad descendió a setenta y dos casos. Para los años venideros, esta información se dejó de registrar en el CNGSPSPE.
- f) También registró que la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *delitos contra la salud en todas sus modalidades* en su

modalidad de fuero federal en el Estado de Hidalgo que para 2010 era de setenta y un personas, en 2011 descendió a sesenta y cuatro personas, en 2012 setenta y un personas, para 2013 ascendió a ochenta y dos, para 2014 esta cantidad descendió a setenta y dos casos. Para los años venideros, esta información se dejó de registrar en el CNGSPSPE.

- g) El censo registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *delitos previstos en la ley federal contra la delincuencia organizada* en su modalidad de fuero federal en el Estado de Hidalgo que para 2010 era de diez personas, en 2011 ascendió a cuarenta personas, en 2012 a cincuenta y dos personas, para 2013 se redujo a quince personas, para 2014 esta cantidad descendió a dos casos, y en 2015 se registraron cuatro casos para este delito. Para 2016 esta información se dejó de registrar en el CNGSPSPE.
- h) Se registró que la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *narcomenudeo en modalidad de posesión simple* en su modalidad de fuero común en el Estado de Hidalgo que para 2015 era de ciento cuarenta y un personas, en 2016 descendió a ochenta y cinco personas. Para los años anteriores, no se registró dicha información en el CNGSPSPE.
- i) Así mismo, registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *narcomenudeo en modalidad de posesión con fines de venta y suministro* en su modalidad de fuero común en el Estado de Hidalgo que para 2015 era de cincuenta y cinco personas, en 2016 descendió a veintisiete personas. Para los años anteriores, no se registró dicha información en el CNGSPSPE.
- j) También, registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *narcomenudeo en modalidad de venta y suministro* en su modalidad de fuero común en el Estado de Hidalgo que para 2015 era de trece personas, en 2016 descendió a dos personas. Para los años anteriores, no se registró dicha información en el CNGSPSPE.
- k) El censo registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *comercio de narcóticos* en su modalidad de fuero federal en el Estado de Hidalgo que para 2015 era de siete personas, en 2016 descendió a dos personas. Para los años anteriores, no se registró dicha información en el CNGSPSPE.

- l) Se registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *posesión de narcóticos* en su modalidad de fuero federal en el Estado de Hidalgo que para 2015 era de doce personas, en 2016 descendió a seis personas. Para los años anteriores, no se registró dicha información en el CNGSPSPE.
- m) Así mismo, registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo* en su modalidad de fuero federal en el Estado de Hidalgo que para 2015 era de once personas, en 2016 descendió a una persona. Para los años anteriores, no se registró dicha información en el CNGSPSPE.
- n) Por último, registró la cantidad de personas en situación de encarcelamiento por *transporte de narcóticos* en su modalidad de fuero federal en el Estado de Hidalgo que para 2016 era de seis personas. Para los años anteriores, no se registró dicha información en el CNGSPSPE.

Cuadro 4: Población reclusa en los centros penitenciarios del Estado de Hidalgo según tipo de delito del fuero común y federal de 2010 a 2016.

tipo	delito	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
fuero común	narcomenudeo	0	8	98	303	327	N/A	N/A
fuero federal	asociación delictuosa	0	0	0	0	0	N/A	N/A
fuero federal	delitos contra la salud en todas sus modalidades	71	64	71	82	72	N/A	N/A
fuero federal	Delitos previstos en la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada	10	40	52	15	2	4	N/A
fuero común	Narcomenudeo en modalidad de posesión simple	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	141	85
fuero común	Narcomenudeo en modalidad de posesión con fines de venta y suministro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	55	27
fuero común	Narcomenudeo en modalidad de venta o suministro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	13	2
fuero federal	Comercio de Narcóticos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	7	2
fuero federal	Posesión de Narcóticos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	12	6
fuero federal	Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	11	1
fuero federal	transporte de narcoticos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6

N/A= no aplica

Elaboración propia a partir de la base de datos del CNGSPSPE de INEGI de 2011-2017.

- o) Para el delito de narcomenudeo en su tipo de fuero común podemos observar que desde el año 2011 hasta el 2015, la población encarcelada fue de 8 a 327 personas, respectivamente.
- p) Para el delito contra la salud en todas sus modalidades del tipo de fuero federal, podemos observar que en 2010 había 71 reclusos; en 2011 64 personas; en 2012 71 personas; en 2013 82 personas; y en 2014 72 personas.
- q) Para personas detenidas por delitos previstos en la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada del fuero federal, en 2010 había 10 reclusos; en 2011 40 personas; en 2012 52 personas; en 2013 15 personas; en 2014 2 personas; y en 2015 4 personas.
- r) En el cuadro 4, también podemos observar que a partir de 2015 se empiezan a tipificar otros tipos de narcomenudeo tanto de fuero común como de fuero federal que en años anteriores solo eran considerados de un tipo.

Al observar la cantidad de reclusos adultos, hombres y mujeres, por año que contienen los cuadros 3 y 4 podemos llegar a la conclusión de que las personas detenidas no representan un número exorbitante como para ser considerado dentro de los parámetros de sobrepoblación penitenciaria y, por tanto, no existirían las condiciones necesarias para la criminalización de personas consumidoras de sustancias ilícitas y para la existencia del Estado Penitenciario.

Pese a lo anterior, pensamos que los datos obtenidos solo reflejan la información obtenida durante el levantamiento del censo y la información, por ende, no revela la verdadera magnitud de las personas que son detenidas por algún delito relacionado en materia de drogas. Algunas notas periodísticas expresan de mejor forma que la sobrepoblación carcelaria en México se debe a la facilidad con la que pueden ser detenidos consumidores y narcomenudistas, por ejemplo, el periódico *Excélsior* en una publicación del 27 de septiembre de 2015 titulado *“Saturan cárceles con reos por droga; la ONU urge a debatir la*

despenalización. El director del UNODC considera que consumidores y vendedores callejeros son los más fáciles de arrestar.” Se establece que:

[...]De acuerdo con cifras del gobierno federal, de 2012 a julio de 2015, la Procuraduría General de la República (PGR) y las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina detuvieron a 126 mil 407 personas por la comisión de delitos contra la salud, lo que comprende la posesión, producción, transporte, tráfico, comercio, suministro de drogas y delitos conexos.

Información de la Comisión Nacional de Seguridad indica que, hasta julio de 2015, existían en el país 254 mil 705 reos, cuando la capacidad de los penales es para 203 mil, lo que revela una sobrepoblación de al menos 51 mil 621 reclusos. [...]

[...]En México, entre 2009 y mayo de 2013, fueron detenidas 140 mil 860 personas por consumo de drogas y fueron iniciadas, por la misma causa y durante el mismo periodo, 53 mil 769 averiguaciones en el sistema federal [...] (Ávila, 2015)

Como esta nota, existen otras tantas que nos proporcionan información que nos muestra la cantidad de personas detenidas por delitos que involucran la posesión y el consumo de drogas. Además de ello, debemos considerar el número de personas detenidas por la aplicación de leyes *ex post facto* que no son caracterizadas dentro de los parámetros de recopilación de datos de los censos que contienen los cuadros 3 y 4, por ejemplo, en el capítulo VII de la Ley General de Salud (2007), en el artículo 479, se establecen las dosis máximas de consumo personal que una persona puede portar sin tener problemas con la autoridad policial; aquí se establece que una persona puede portar hasta 500 mg de cocaína, esto es un problema para el consumidor dado que el mercado la cocaína se vende por lo que se denomina *grapa* cuyo peso equivale a 1gr; en este contexto, la persona es llevada a prisión por exceder la cantidad permitida por la ley y es llevado en calidad de consumidor y narcotráfico, así como por delitos contra la salud.

Consideremos, bajo el parámetro del párrafo anterior y como lo han comentado una diversidad de consumidores, que una persona consumidora de marihuana se junte con su camarilla de consumo y decidan comprar 1 kilogramo de marihuana, que es más barato que comprar por *quiñon*⁸⁸, además de que se

⁸⁸ Quiñon: referente a cincuenta pesos mexicanos.

disminuye el riesgo de ser detenido en posesión si se va con un *dealer* cada tercer día. Si es detenido por intercontingencia, se le aplicarían penas como si se tratara de un narcotraficante, siendo que, *de facto*, es un consumidor.

Lo curioso es que la ley hace consumidor o traficante a las personas dependiendo de la cantidad de sustancias ilícitas que lleven consigo en el momento de una *revisión de rutina* o cuando son detenidos por portación de cara, y no por lo que se hace con esas sustancias. Además de la situación expuesta en el párrafo anterior, debemos agregar la posibilidad de que las autoridades policiales *siembren* sustancias ilícitas a las personas que han detenido como lo expresa una persona enviada por Procuraduría General de la Republica (PGR) al Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones (CEAIA):

[20.02.2017. Dando curso de ajedrez en CEAIA]

César: y ¿cómo llegaste aquí amigo?

Interno X¹: Por PRG. Fíjate que iba caminando con mis cuates por el centro [de la ciudad de Pachuca], veníamos de una fiesta y decidimos pasar a *armar* de una vez. Entonces nada más llevaba una bolsita de *mota*. En eso, nos salieron de la nada unos puercos; pues ya nos atoraron y cuando me encontraron la *mosh* pues ya me llevaron a *galeras*, pero antes de llegar me *sembraron* unas *tracas* y unos *vidrios*, pues ya me había chingado, ni cómo hacerle. Y pues ya, me trajeron para acá.

La segunda fase, después de haber expuesto la expansión vertical que caracteriza al Estado Penitenciario, es la expansión horizontal del Estado Carcelario. Aquí encontramos que se extiende el uso de la libertad probatoria y la libertad condicional punitiva, así como el crecimiento de bases de datos electrónicas y genéticas que intensifican la vigilancia a distancia. En este sentido. En México, los aparatos jurídicos que se encargan de establecer cómo se llevar a cabo el debido proceso en materia de drogas es el Código Federal de Procedimientos Penales, Código Penal Federal, la Ley General de Salud (2007) y la norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-1999 (Secretaria de Salud, 2016) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

El 30 de abril de 2009, el Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos reformó, adicionó y derogó una serie de disposiciones en la Ley General de Salud (2007), el Código Penal Federal del Código Federal de Procedimientos Penales, esto derivado de la construcción de Centros Nueva Vida a nivel república con dinero obtenido de la llamada “operación dragón”. Lo interesante aquí es la modificación del artículo 478 de la Ley General de Salud (2007) en donde se establece que el ministerio público no podrá ejercer acción penal por el delito previsto en el artículo 477 (posesión multiplicada por mil de la tabla de artículo 479), siempre y cuando el portador de las sustancias sea un consumidor o farmacodependiente, que las cantidades sean iguales o inferiores a las de la tabla de máximos y que sea para estricto uso personal y fuera de los lugares que establece el artículo 475; así mismo, la autoridad ministerial debe informar al consumidor la ubicación de centros o instituciones para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia. Esto lo podemos sostener gracias a la experiencia de dos consumidores:

[18.08.2016, 15:20 hrs. En las jardinerías del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSHu) de la UAEH; dialogo casual con consumidor X⁶]

X⁵: ¿Qué *onda* chicharo [César]? ¿cómo andas?

César: *chingon carnal*, ¿Tu qué *chow*?

X⁵: pues nada *carnal*, acá, regresando de firmar en PGR.

César: ¡No *mames!* ¿y eso?

X⁵: Pues me *atoraron* [con marihuana] antier. Haz de cuenta que iba normal, como siempre, ya había fumado. Pues total que me paran los *pinches puercos* y ya sabes, que revisión de rutina, que la *mamada*. Pues ya me tenían bien atorado y ni como *zafarme del pedo*. Ya que me trasculcan, y pues, llevaba todo ahí. Me llevaron al Ministerio Público (MP). La neta estaba todo *panique*. Pero pues ya me interrogaron y todo, y me dijeron que cada mes tenía que ir a firmar a PGR de que ya no me estoy metiendo “chingaderas” y de a que me dedico.

Caso similar pasó con otro consumidor X⁶, quien fue detenido por policías municipales en la ciudad de Pachuca:

[18.08.2016, 16:15hrs. En las mesas para comer del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSHu) de la UAEH; dialogo casual con consumidor X⁶]

X⁶: ¿Qué *hongo* mi *chicharrón* [César]? ¿cómo vas con esa tesis?

César: ahí la llevo, me hacen falta unos casos para saturar información.

X⁶: ¿De qué o qué pedo?

César: ando buscando a personas que hayan sido detenidos por la policía.

X⁶: ¡pues a mí me toparon hace poco!

César: no jodas, ¿y eso?

X⁶: pues ya sabes, traía toda la *yerba* y me *atoraron* los *puercos*. Me revisaron y pues que me la encuentran. Ya me treparon a la *trulla*. Me llevaron al MP, ya me interrogaron y todo el *pedo*. Me preguntaron qué a que me dedicaba, donde vivía y un *chingo de pendejadas*. Ya al final me dijeron que, si me quería internar en el CEAIA y los mande, pero bien a la *verga*. Ya ahorita estoy yendo cada mes a PGR a reportarme, nada más firmas una *pinche* hoja, te preguntan que si te sigues drogando [lo dice en forma chusca] y a la *chingada* ¡Puras *mamadas* con esos *weyes*!

Además del segundo factor que comprueba la existencia del Estado Penitenciario, este tiene la característica de que las detenciones tuvieron que ver con lo que Wacquant describe como *portación de cara*; esto lo examinaremos en el cuarto punto que caracteriza al estado penitenciario.

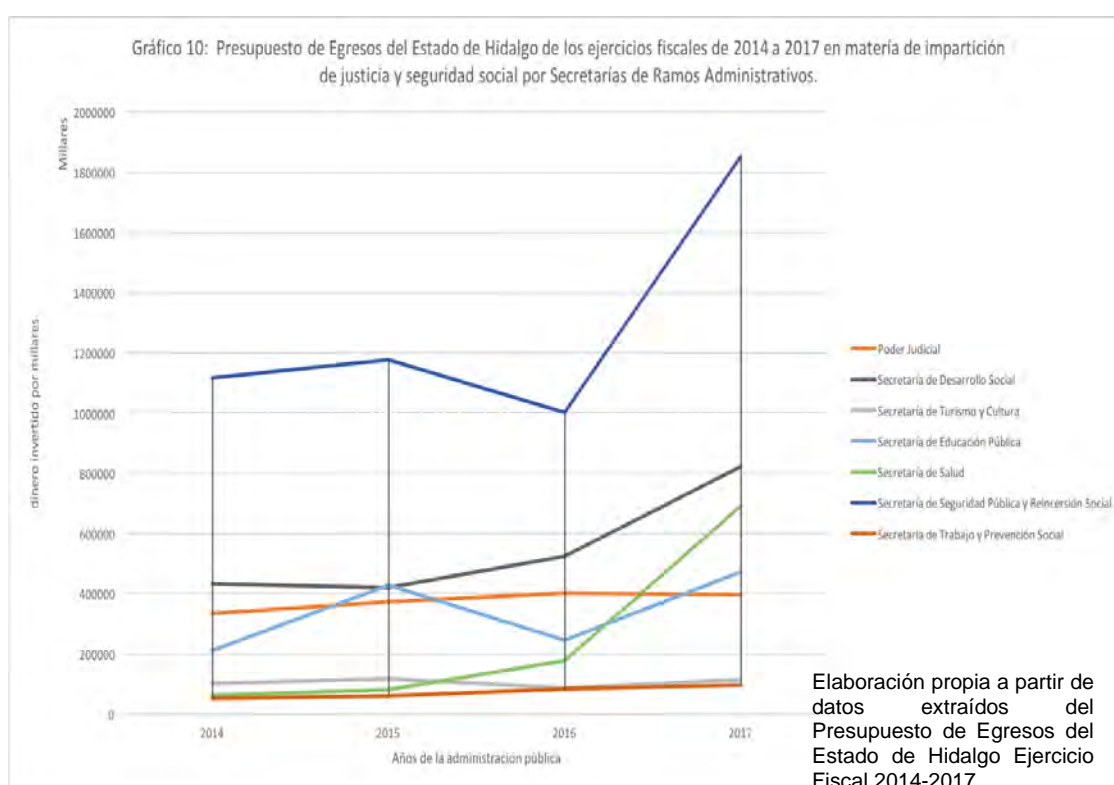
Ya hemos revisado dos fases de las cinco que considera Wacquant (2015); la tercer es el aumento de presupuesto y personal del Estado Carcelario, esto es, el aumento desproporcionado de estos elementos en la administración pública⁸⁹, en paralelo con la reducción de las erogaciones de educación y asistencia social (véase cuadro 5 en anexos).

Si nos remitimos nuevamente a la información que nos proporciona INEGI, podemos observar que el aumento de las fuerzas del orden a nivel carcelario no tiene gran aumento, sin embargo, las notas periodísticas nos pueden proporcionar más información sobre la inversión de la administración pública en materia de seguridad interna.

Si nos remitimos nuevamente a la información que nos proporciona INEGI, podemos observar que el aumento de las fuerzas del orden a nivel carcelario no tiene gran aumento, no hay registros, sino hasta 2018 y de forma incompleta, en las plataformas digitales de la Secretaría de Finanzas Públicas y la Secretaria de Seguridad Pública del Estado de Hidalgo sobre cómo se invierte el dinero público en materia de seguridad para poder respaldar la existencia del aumento de elementos de la fuerza del orden público, tanto en personal como en equipamiento. Sin embargo, gracias a la reforma de febrero de 2014 a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

⁸⁹ Pese a que el cuadro 5 intenta demostrar el aumento de personal dedicado al Estado Carcelario, no permite aseverarlo del todo ya que en la mayoría de las casillas no hay dato y en custodios no aumentan nivel operativo de jerarquía y directivos. Sin embargo, nos podemos valer de notas periodísticas para intentar ver la posibilidad de este punto según la clasificación de Wacquant (2015).

que garantiza la información pública en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo de los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial se pudo extraer la manera en la que el gobierno Estatal en Hidalgo genera egresos monetarios en materia de Seguridad Pública con lo cual podemos dar cuenta del punto que hace posible la existencia del Estado Penitenciario que afecta a los consumidores de sustancias ilícitas como lo podemos ver en el gráfico 10 que enseguida presentamos.



En este gráfico, podemos observar que el gasto que se hace por medio de la gestión Estatal en el Estado de Hidalgo ha aumentado en materia de Seguridad Pública desde 2014 hasta 2017⁹⁰ donde existe menor inversión en materia de Seguridad Social (Salud, Educación, Cultura y Trabajo) en relación a la primera. Con estos datos podemos puntualizar el tercer punto del Estado Penal, dado que deducimos que, si hay mayor ingreso en materia de seguridad, este dinero se ha destinado tanto en elementos del orden público como en equipamiento para los mismos.

⁹⁰La selección de estas administraciones no fue intransigente; nos hubiese gustado proporcionar datos desde la llegada de Felipe Calderón a la Presidencia de México en 2006, sin embargo y pese a que la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública se gestó desde el 2002, las bases informáticas sobre los Egresos Estatales en materia fiscal del Estado de Hidalgo no aparecen ni en el Diario Oficial del Estado, por tanto, las únicas fuentes confiables de información sobre este asunto se dieron a conocer desde el año 2014.

El cuarto punto, es la industria privada en el Estado Carcelario, lo cual refiere a el desarrollo frenético de la cárcel como un producto del neoliberalismo. Esto es, la privatización de las cárceles. Para demostrar este hecho, el 30 de abril de 2012, el periódico La Jornada publicó bajo el título “Pigües ganancias, ofrecimiento a la IP para construir prisiones federales”, en donde se establece que desde 2009 la Secretaría de Seguridad Pública, que dirigió Genaro García Luna, ofreció a la inversión privada 32 millones de pesos mexicanos para crear prisiones federales con la intención de sacar a las personas que cometieron actos delictivos ligados al narcotráfico, lavado de dinero y violaciones a la Ley Federal de Armas de Fuego y Explosivos. La nota continua así:

De 10 grupos convocados, quedaron seis: Homex, empresa dedicada primordialmente a la construcción de casas habitación; Ingenieros Civiles Asociados (ICA), que dirige Alonso Quintana y una de las más antiguas de México; Promotora y Desarrolladora Mexicana (Prodemex), de Olegario Vázquez Raña; los consorcios ARB Arrendal, de José de Jesús García Vázquez, y GIA, que preside Hipólito Gerard Rivero, y Tradeco, empresa dedicada a la construcción de carreteras y la realización de obras para Petróleos Mexicanos. Se les preguntó si podían invertir 4 mil millones de pesos cada una. Eso costará cada prisión. Se les dijo que no podían pedir préstamos a Banobras. Que tendrían que aportar los recursos y se les daría un plazo de 15 años para recuperar su inversión, y cinco más para obtener dividendos: 2 mil millones de pesos más por construir cada cárcel con capacidad para 2 mil 500 internos, indicaron los funcionarios entrevistados. Los contratos se otorgaron de manera directa a quienes se comprometieron a construir las prisiones en esas condiciones. A cambio se les pagarían anualmente 300 millones de pesos por concepto de arrendamiento durante 20 años. (Castillo, 2012)

Además de la construcción de dichos centros, se les otorgó a dichas empresas la oportunidad de lucrar con los servicios de lavandería, alimentación, cuestiones de sanidad y actualización tecnológica en las prisiones pagando únicamente los servicios de electricidad, agua y gas, así como la infraestructura para llevar a cabo los servicios antes mencionados. Según el artículo mencionado, la división de la construcción de las obras establece que ICA construye en Hermosillo, Sonora y Ocampo, Guanajuato; Prodemex en Gómez Palacio, Durango y en Buena Vista Temaltlán, cerca de Apatzingan; GIA construye la prisión federal en Oaxaca; Homex construye la prisión federal femenil en Cuernavaca, Morelos; Tradeco construye el penal Ramos Arizpe, Coahuila; Arrendal construye el llamado “proyecto Chiapas”; y, por último, la SSP se hará cargo del Centro Federal de Readaptación Social (Cefereso) número 4, en Nayarit, las Islas Marias y Papantla, Veracruz. Además de esos

ocho proyectos de inversión privada, en el país se encuentran (o encontraban) en construcción, también con recursos privados, 10 prisiones más, a saber: El Altiplano (Almoloya), Occidente (Puente Grande), Huimanguillo (Tabasco), Noreste (Matamoros), Villa Aldama (Veracruz), Ciudad Juárez (Chihuahua), Guadalupe Victoria (Durango), Monclova (Coahuila), Guasave (Sinaloa) y el Centro Federal de Rehabilitación Sicosocial (Morelos).

A la fecha, no se han dado a conocer cuáles de estos proyectos ya están consolidados conforme a los dictámenes establecidos, en la presidencia Felipe Calderón Hinojosa, en cuanto a la Asociación Público-Privada. Aquí tampoco nos interesa como se ganaron las licitaciones de obra las empresas antes mencionadas. Lo que sí ha de considerarse es como se ha aplicado la privatización paulatina del sistema carcelario en México que, en medida de lo desconocido, se encuentra en marcha.

Lo anterior implica un Estado Penitenciario de persecución de Delitos Contra la Salud, cada encarcelamiento implica un gasto del sector privado que garantiza ganancias paulatinas bajo los estándares que se están negociando, similares a los expuestos en la obra de Wacquant.

Por último, se habla de una política de acción afirmativa carcelaria, esto resulta en la preponderancia demográfica de afroamericanos y profundiza la hostilidad racial entre las poblaciones confinadas. Ya hemos establecido que, a diferencia de Estados Unidos de América, México se caracteriza no por el racismo, sino por el clasismo económico. De hecho, muchos de los consumidores con quienes tuve la oportunidad de establecer dialogo, fueron detenidos por *portación de cara*, es decir, por exhibir una fachada que no corresponde a los lugares en donde fueron detenidos.

Es por estas circunstancias que podemos establecer la existencia de un Estado Penitenciario que persigue y castiga a los consumidores de drogas ilícitas, sin embargo, a partir de las reformas a la ley en 2009, los consumidores dejan de ser encarcelados (no del todo), sin que esto implique que dejen de ser perseguidos por las fuerzas del orden público, lo que estamos observando es una transición de modelo persecutorio carcelario a un modelo para la pacientalización de estas personas del cual hablaremos a continuación.

CAPÍTULO DOS

La cruzada moral contra el consumo de drogas: proceso de transición de ser delincuente a ser un paciente mental

Lógica psiquiátrica: si una persona toma una droga recetada para ella por un doctor y afirma que la hace sentir mejor, eso prueba que la enfermedad mental es una enfermedad auténtica; pero si una persona toma una droga que le está prohibida por médicos y legisladores, y afirma que la hace sentir mejor, eso prueba que es un adicto.

Thomas Szasz

A manera de recapitulación, hemos revisado los elementos que hacen posible la transición de pasar de ser un consumidor por aprendizaje a un delincuente por el hecho de consumir sustancias jurídicamente clasificadas como ilícitas. Hemos afirmado que si bien México se encuentra en proceso de desarrollo para ser considerado un Estado Penitenciario según los puntos que Löic Wacquant (2015), en estos momentos el país se encuentra en una fase de transición de dicho Estado a uno Terapéutico. Esto tiene que ver con el intercambio de efectos, es decir, las relaciones bilaterales con Estados Unidos de América, aunado con las disposiciones de los políticos mexicanos de generar leyes que persigan y criminalicen a dichas personas, general la actividad de persecución carcelaria la cual ha disminuido a partir de la modificación en 2009 en la Ley General de Salud (2007); con ello se establece que son necesarias, por una parte, la definición situacional sustentada en el orden jurídico y, por otra, la existencia de una infraestructura para poder atender a los recién “bautizados” enfermos mentales, aquellas personas que son “esclavos” de las sustancias que consumen.

Dicho lo anterior, este capítulo intenta resolver la pregunta de ¿Cómo cambia la idea de que las personas consumidoras de sustancias ilícitas que, antes tratadas como delincuentes, ahora sean tratadas como pacientes mentales? Por ello, llevaremos a cabo una discusión con los principios de la disciplina de la psiquiatría en cuanto al término enfermedad mental. Para ello retomaremos la dimensión de la adicción, pensando que en el capítulo anterior revisamos la dimensión de consumo y, teniendo en cuenta que en el próximo capítulo revisaremos la dimensión de los centros para la atención de las adicciones.

A manera de introducción, encontramos que desde el siglo XIX existía una preocupación por encontrar una *cura* para la dependencia a las sustancias llamadas tóxicas; en este contexto el término empleado para la explicación de este fenómeno fue el de *pasión* con lo que se distinguían dos tipos de abuso de drogas. Por una parte, estaban quienes usaban sustancias bajo prescripción médica y, por otro lado, el consumo de sustancias como *pasionales* o *eufóricas*. En este sentido Le Poulichet menciona que:

Si los usos de las drogas existen desde la Antigüedad, sólo hacia fines del siglo XIX aparece localmente la figura del flagelo social. Desde esta época

hasta nuestros días, el desarrollo de los discursos sobre el flagelo se ha amplificado periódicamente sin que se pueda establecer una relación real con un aumento efectivo de los usos de los tóxicos. (Le Poulichet, 2012: 24)

En ese sentido, los discursos sobre las toxicomanías tienen la peculiaridad de ser un invento de la modernidad, además de que obedecen a la transmisión de mensajes ideológicos, morales y políticos como bien refiere Le Poulichet (2012).

Para la década de 1950, en Francia con las aportaciones de C. Durand con el concepto de *encuentro* derivado de un modelo médico, se dota a las sustancias el carácter de un toxico que eclosiona cuando se encuentra en contacto con una personalidad neurótica. De esta forma se establece poco a poco, para 1969 con el decimosexto informe del Comité de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la noción de lo que se conoce como *farmacodependencia* para explicar la toxicomanía en donde la interacción del organismo con una sustancia, es decir, la relación de lo fisiológico con lo psicológico explica la dependencia a las drogas (Le Poulichet, 2012).

La noción francesa sobre el consumo de sustancias se encaminaron, desde 1970, a buscar un perfil del toxicómano así como a la búsqueda de un concepto que englobara la conducta y la personalidad de las personas que ejercían esta actividad; en este contexto sus estudios arrojaron lo que se conocería como *flagelo*; esto no quiere decir que este tipo de pensamiento fuera general para todos los estudiosos del tema, por ejemplo B. Denfer en 1971 se oponía a esos análisis apresurados de la toxicomanía; sin embargo, si marcó una tendencia para explicar el fenómeno.

A saber, el consumidor dentro de las teorías psicológicas y psiquiátricas se encuentra etiquetado en conceptos como el de *locura* relacionado con la teoría de la *psicosis*. Así pues, hacia el siglo XIX con los estudios de Moreau de Tours, “el tema de la intoxicación le permitió interrogarse en esa época sobre las comunicaciones entre el cuerpo y el espíritu, el sueño y la vigilia, la percepción y la alucinación” (Le Poulichet, 2012: 28); ante estas disposiciones, para 1924 con los estudios de L. Lewin, surge una guía de las toxicomanías y sus relaciones con los individuos que consumen cierta sustancia. Ya desde el

siglo XIX se hablaba de la relación de una droga con un comportamiento maniaco, surgen entonces conceptos como *cocainómano* y *heroinómano*. Con las aportaciones de L. Lewis esta tendencia se radicaliza de tal forma que “los usuarios están sometidos al poder demoníaco de esas drogas que reducen a la esclavitud el cerebro de los hombres, que enervan el alma, que obligan al organismo seguir las vías fatales de su existencia” (Le Poulichet, 2012: 29). Esa tendencia produjo sus estragos hasta la década de 1960; para L. Lewis las perturbaciones psíquicas son efecto del proceso tóxico de quien consume las drogas, con lo cual se le considera el precursor de la concepción bioquímica de las psicosis que posteriormente recuperaría la psicofarmacología. Por lo tanto, esta propuesta nos dice que, si las alteraciones psíquicas son producto de las drogas, entonces toda perturbación mental es ocasionada por *venenos del espíritu*, una percepción demasiado causalista para ser considerada hoy en día.

2.1 La dimensión de la adicción

Dadas las circunstancias, es momento de ocuparnos en la segunda dimensión que hemos planteado en este trabajo de investigación, a saber, la cuestión de la adicción a las sustancias percibidas como nocivas desde varias perspectivas de disciplinas que hemos mencionado desde la introducción. Las primeras nociones sobre lo que es una droga datan desde la antigua Grecia, y que en la actualidad no han variado mucho de su significado original:

Por droga –psicoactiva o no- seguimos entendiendo lo que hace milenios pensaban Hipócrates y Galeano, padres de la medicina científica: una sustancia que en vez de <<ser vencida>> por el cuerpo (y asimilada como simple nutrición) es capaz de vencerle, provocando –en dosis ridículamente pequeñas si se compara con otros alimentos- grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos (Escohotado, 2014: 9)

Esta idea generalizada sobre el consumo de drogas continúa siendo aplicada en nuestros días por la psicología clínica, la psiquiatría y la medicina que sitúan los efectos de las sustancias en el organismo (Babín, Vich, 2013; Hardisson, 2002; Cuartas, 2015). Cabe destacar que aquí no se pretende negar la epistemología de la ciencia médica, es decir, aceptamos que las sustancias contienen una composición química que, en el momento de ser ingerida, fumada, inhalada o inyectada, es absorbida por el organismo, pero una cosa es

eso y otra muy distinta es pensar que la sustancia en sí misma es la causa y el efecto del comportamiento que exhibe una persona ante los demás.

Así pues, se tiene la noción de que el consumo de ciertas sustancias tiene como consecuencia que la persona que hace uso de ellas tenga cambios de ánimo o genere *tolerancia*⁹¹ que produzca en el organismo, después de abandonar las sustancias en un momento determinado, lo que los psiquiatras han decidido llamar *síndrome de abstinencia*. Esta idea que se extiende a lo largo de manuales de psicología clínica y psiquiatría desde el siglo XIX. Sin embargo, en la antigua Grecia ya se había notado que existía la tolerancia sin que esto implicase un aspecto negativo; según Teofrasto:

Parece que algunas drogas son tóxicas debido a la falta de familiaridad, y quizá sea más exacto decir que la familiaridad les quita su veneno, porque dejan de intoxicar cuando nuestra constitución las ha aceptado y prevalece sobre ellas (Teofrasto en Escotado, 2014: 25)

Este hecho, sin embargo, sigue perteneciendo al orden orgánico de la constitución de nuestros cuerpos, pero es un antecedente que nos permite pensar que la droga en sí misma no es la causante de comportamientos percibidos como poco ortodoxos, heteróclitos o inclusive que pueda existir la adicción en términos orgánicos. En este sentido, Howard Becker (2009a) nos dice que para que una persona se pueda hacer usuario habitual de la marihuana no basta con probarla, sino que debe seguir una serie de etapas secuenciales (aprender la técnica, aprender a percibir los efectos y aprender a disfrutar los efectos) que hagan que la persona tenga un gusto por las sustancias, muy similar a cuando se aprende a consumir caviar o a catar vinos.

A pesar de las pruebas exhibidas por Howard Becker (2009a), prevalece la idea generalizada de que la adicción es un hecho; además de la dependencia psíquica y fisiológica a las sustancias, se incorpora a la teoría de las farmacodependencias⁹² la noción de lo socioeconómico y lo cultural como parte de lo tóxico. Para Poulichet (2012), esta dinámica se limita a entender el

⁹¹ Este elemento combinado con el *síndrome de abstinencia* es, según los informes de la ONUDC y la OMS, las variables que causan la adicción, sin embargo, no existen hechos basados en evidencia empírica que corroboren que esto además de no existir un acuerdo consensuado entre las partes que realizan estos informes de que esto sea así.

⁹² Se entiende por este término a aquellas teorías que desde la psiquiatría y la psicología clínica aportan elementos con las cuales se construyen bases para la atención terapéutica de las adicciones.

fenómeno en un esquema causalista clásico que no enriquece el pensamiento sobre las toxicomanías.

Estas percepciones nos exhortan a considerar que es la sustancia la que crea la toxicomanía al plantear que la persona que se encuentra en una sociedad “toxica” (no funcional) posibilita el reforzamiento de los efectos instalándose en una personalidad particular. Así pues, le sigue una percepción psicoanalítica que se dirige a pensar que el consumo es producto de una personalidad pre-depresiva como lo establecieron J. Bergeret y G. Journet hacia 1979 (Le Poulichet, 2012).

La teoría de las farmacodependencias fue adquiriendo cada vez más categorías que impulsaron la creencia de poder crear un perfil unívoco del toxicómano; de esta manera se argumenta que existe en la persona que consume sustancias ilícitas una pérdida de valores, además de la ausencia de los padres, que causa que en la adolescencia los jóvenes se refugien en las toxicomanías derivadas de un narcisismo secundario.

En ese sentido, Le Poulichet encuentra problemática la situación de que la dependencia a las sustancias, en lo fisiológico y en lo psíquico, se den a conocer sin un recuestionamiento de las farmacodependencias, además de tratar ambos niveles de análisis como si se tratara de lo mismo. Para ella, “esta noción de dependencia psíquica” impide en cierto modo pensar las toxicomanías... [ya que] esta reducción y esta racionalización del trastorno tienden a excluir al sujeto de su acto” (Le Poulichet, 2012: 22).

Ante estas disposiciones, los psicoanalistas se han inclinado a dos posibles vertientes de las cuales una está orientada a la cuestión médica de patología en los consumidores, es decir, que quienes consumen dichas sustancias suelen tener un trastorno de perversión, melancolía o manía que, por supuesto, no ponen en tela de juicio en su disciplina dado que únicamente intentan incorporar dichas ideas al perfil del toxicómano; por otro lado los psicoanalistas “proponen poner en evidencia una organización psicopatológica autónoma o una organización de tipo depresivo” (Le Poulichet: 2012: 25); además estas tendencias tienden a combinarse, es decir, que una persona que consume

alguna sustancia puede ser un melancólico con una adolescencia inconclusa o prolongada. Al respecto Le Poulichet menciona:

Vemos en qué paran la reflexión y los conceptos analíticos desde el momento en que se los asocia con factores de comportamiento. Ocurre un deslizamiento permanente entre calificaciones morales, categorías psiquiátricas, datos de comportamiento y conceptos analíticos, con la consecuencia de que estos últimos pierden toda su dimensión de negatividad. (Le Poulichet, 2012: 26)

Parece interesante resaltar el hecho de que los psicoanalistas piensan que, quien consume alguna sustancia ilícita, actúan así por una inmadurez orgánica o social (ausencia de padres) ya que son “personalidades inmaduras, indecisas, ansiosas, insatisfechas, son víctimas fáciles y propicias de la toxicomanía; ellas se viven como enteramente dependientes de los otros” (Le Poulichet, 2012: 25). Ante esta disposición la autora refiere que la debilidad de un yo inmaduro es lo que posibilita sentir el placer por las sustancias, y esta es la referencia base del pensamiento de la toxicomanía para los psicoanalistas, la represión. Al respecto, Howard Becker refiere que:

Expertos y legos por igual suelen interpretar el consumo de drogas como una “evasión” de alguna clase de realidad que, piensan ellos, el drogadicto encuentra opresiva o intolerable. Conciben la intoxicación con drogas como una experiencia en la que todos los aspectos dolorosos y no deseados de la realidad pasan a segundo plano y dejan de ser materia de preocupación. El drogadicto reemplaza la realidad por sueños brillantes de esplendor y facilidad, placeres no conflictivos y fantasías e historias de perverso erotismo. Se entiende que la realidad asecha en el fondo, lista para darle una buena patada en el culo al drogadicto en cuanto pasa el efecto de la droga. (Becker, 2009b: 33)

Es interesante la percepción que se tiene, desde otras disciplinas creadoras de mitologías o dogmas sobre las adicciones, que a pesar de que han pasado dos siglos desde que se empezaron a interesar por este fenómeno, sus ideas no muestren un análisis crítico ni reflexivo y se sigan haciendo tratamientos sustentados en nociones acríticas y ahistóricas.

Con todo lo anterior debemos decir que el estudio de las toxicomanías se orienta en los fundamentos básicos de la psicofarmacología moderna que se inspira en la concepción de la farmacodependencia; con lo anterior podemos establecer que existe una serie de discursos que no fueron considerados

para el tratamiento y atención de las drogodependencias y que ahora se encuentran muertos. Dada estas propuestas debemos avanzar en la percepción que tienen estas disciplinas sobre el farmacodependiente al cual la teoría interaccionista de la desviación considera como consumidor.

La percepción de L. Lewis sirvió para crear la figura del toxicómano con una personalidad con psicosis, es decir, que el aporte de estudiar de esta manera a los consumidores fue por curiosidad con la finalidad de encontrar las verdaderas locuras en la psicofarmacología. Sin embargo, este tipo de pensamiento se ve insuficiente ante los fenómenos emergentes sobre la toxicomanía; si bien este enfoque podría analizar a una persona con una dependencia a una sustancia no podría explicar la poli intoxicación que se da en la década de 1970, con ello se vuelve imposible hacer perfiles estáticos de los llamados toxicómanos o de locos.

Hemos dado un panorama general de lo que se ha trabajado sobre la construcción del concepto de adicción y la creación de un perfil de toxicomanía, pero aún falta revisar la opinión psiquiátrica empleada de manera estándar para la clasificación de la adicción como enfermedad mental, es decir, la generalización empleada por la disciplina médico psiquiátrica en cuanto a establecer la adicción como enfermedad mental. Esto lo podemos observar en los DSM (Diagnostic and Statical Manual of Mental Dsisorder) como veremos a continuación.

2.1.1 La adicción en términos técnicos en la disciplina psiquiátrica: una revisión a los postulados de cómo debe ser entendida desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS I al DSM IV).

La taxonomía⁹³ como enfermedad mental es tratada por los profesionales de la disciplina médica. Con ello se establece que no se crean clasificaciones de personas, sino que se realizan tipos de trastornos mentales. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) es el instrumento que contiene lo que los jefes de la credibilidad, médicos-psiquiatras, han considerado llamar enfermedades mentales, pero ¿qué es una enfermedad mental? Antes de responder esta pregunta, es

⁹³ Esto se aclarará en el siguiente apartado de este capítulo.

necesario conocer cómo surgió el manual. En la actualidad existen cinco de estos manuales que van desde el DSM I al DSM V⁹⁴ que son producto de los intentos por desligarse de los trastornos de enfermedad orgánica dictaminados por la IDC (International Classification of Diseases), al respecto:

El primer intento en el mundo americano fue de la Asociación Americana de Psicología Médica, AMPA (1917) liderado por el doctor Salmon. Otro hecho importante para la constitución de la clasificación americana ha sido la Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades que tuvo lugar en 1928 y donde la Asociación Médica Americana, AMA, se encargó de confeccionar un listado de enfermedades mentales. El tercer jalón lo representó la Standard Classified Nomenclature of Diseases (SCND, 1932) y fue publicado por la Asociación Americana de Medicina y revisado en 1934 y todo ello impulsado por los neokrapelianos que querían promocionar en América algo paralelo al IDC.

Pero fue la segunda Guerra mundial la que definitivamente promocionó la clasificación americana, ya que los soldados afectados hicieron perentoria la necesidad de poseer un lenguaje común clasificatorio. Los principales gestores fueron el Ejército y la Marina (1944 y 1945). Pero la clasificación de la Standard Nomenclature (1932) fue insatisfactoria y se pidió ayuda a psiquiatras y psicólogos. Así nacieron los DSM que tuvieron muy en cuenta el IDC y pronto lo sustituyó en extensión de uso. (del Berrio, Victoria, 2009: 82)

A saber, los dos primeros manuales no tuvieron tanto éxito debido a que los postulantes del DSM I (Mayer y Menninger) estaban en disputa con los profesionales que abogaban por el uso del IDC, esto debido a que el DSM no contaba con criterios y etiquetas diagnósticas que proporcionaran la concreción objetiva de los conceptos ahí empleados y que el IDC contaba con dichos criterios de manera consensuada por los médicos de entre 1948 a 1968.

Para solventar el problema planteado de los conceptos discordantes del DSM I, los neokrapelianos y psicoanalistas decidieron disminuir la influencia de la psiquiatría organicista, dando como resultado el DSM II que incluía una atractiva propuesta para los profesionales que se dedican a la disciplina de la

⁹⁴ Actualmente se encuentra en desarrollo el DSM VI que, según algunas fuentes de internet, han mencionado que existirá un nuevo trastorno mental relacionado al feminismo llamado "trastorno psicótico feminista de chuminidad" (Valiente, 2017)

psiquiatría; de esta manera, el manual se inclinó a imitar el modelo médico para dotar a cada enfermedad mental ahí mencionada de una sintomatología para ser tratada. Pese a ello, aún continuaban teniendo dificultades con la terminología y definición de su gran pilar, la esquizofrenia, por lo cual se realizó una revisión al manual que daría lugar a la aparición del DSM III en 1980.

Entre 1977 y 1979, el DSM III se encontraba en su fase de borrador en donde el principal director de la obra fue R. Spitzer en colaboración con otros profesionales a nivel internacional y en trabajo conjunto con nueve instituciones de asociación americana de psiquiatría. Tras el fracaso del DSM II, lo que se proponía en esta ocasión era hacer llegar el manual a la cantidad más amplia posible de profesionales de esta área, además de incluir de manera jerárquica que trastornos eran más severos y cuáles de menor intensidad. Ello manteniendo el margen de criterios establecidos en el IDC, dado que desde el DSM II se anclaron de la rama médica para poder lograr credibilidad. Ante esta disposición, el manual incluye las bases empíricas para el diagnóstico adecuado de las enfermedades mentales y modificaciones sustanciales debidas a quejas de profesionales que ya tenían el borrador del DSM III en sus manos y considerando, de igual manera, modificaciones a los trastornos debidos a casos presentados por pacientes con relevancia empírica. Con dichas disposiciones se logró legitimar el manual ya que se había logrado un consenso sobre la validez y fiabilidad de la información contenida en este por parte de los profesionales de la salud mental.

De esta manera, quedaron establecidos cinco ejes principales en los manuales DSM que son: síndromes clínicos, problemas de desarrollo infantil y trastornos adultos, trastornos con causa orgánica, intensidad y severidad de los estresores psicológicos y, por último, la adaptación del paciente en los últimos años. Lo que podemos observar en estos ejes es que la vida se ha vuelto, toda, un problema tratado como enfermedad, desde la infancia hasta la adultez, desde que se detecta una supuesta enfermedad mental hasta el control de la persona durante el tratamiento psiquiátrico, intentando controlar la vida del paciente.

En este sentido, volvemos a nuestra pregunta inicial ¿Qué es una enfermedad mental? En el DSM IV, publicado hasta el año 2000, se nos indica que el término enfermedad mental es equiparable al de *trastorno mental*, sin embargo:

A pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción —como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica)—. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta. (DSM IV, 2000: XXI)

Es decir que, aunque la psiquiatría se encarga de dar tratamiento a personas que padecen de las dichas enfermedades mentales, en realidad no existe una definición o un consenso científico objetivo que nos proporcione con claridad que es lo que estos profesionales de la salud atienden. Pese a ello, se siguen diagnosticando y medicalizando diariamente a personas que supuestamente padecen de lo que llamaremos problemas de la vida, con lo cual establecemos que las enfermedades mentales no son más que metáforas que los “científicos” especialistas en dicha área han llevado a un ámbito literal, combatiendo así un padecimiento de la vida y no una enfermedad en el uso corriente de la palabra. Pese a ello, el DSM goza de gran aceptación entre la comunidad científica además de que el uso de la enfermedad mental se ha hecho de grandes seguidores en la vida cotidiana, de tal forma que cuando observamos un comportamiento poco ortodoxo o fuera de los cánones de la convencionalidad tendemos a etiquetar dichos comportamientos como locura, excentricidad o trastorno.

Pese a lo anterior, el manual nos proporciona otro dato relevante, a saber, que todo trastorno mental tiene a ser tratado como un *síndrome*, es decir, un patrón de comportamiento o psicológico que puede ser analizado de manera clínica que se asocia a un malestar, discapacidad, riesgos de morir o sufrir dolor, así como de pérdida de libertad, de aquí que se piense el consumo de sustancias

ilícitas como un producto que encadena, engancha o esclaviza a sus usuarios.

De esta manera llegamos al apartado del manual DSM IV (de la página 181-279) titulada *trastornos relacionados con sustancias* en el cual se nos da “información detallada” de cómo tratar a las personas que sufren de algún síndrome relacionado con el uso de sustancias ilícitas. Los ejes principales por los cuales se puede diagnosticar, desde la psiquiatría clínica, a una persona que padece trastorno por el consumo de sustancias ilícitas son cuatro: la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia. Estas están ordenadas de manera jerárquica de más grave a menos grave; cada una de ellas con características que facilitan el diagnóstico, a nivel médico-psiquiátrico, de consumo de sustancias ilícitas como trastorno mental que explicaremos a continuación (DSM IV, año: 181-279).

A) Dependencia de sustancias

La *dependencia*⁹⁵ puede ser diagnosticada mediante la aparición, dentro del primer año después de haber consumido alguna sustancia, bajo el criterio de un comportamiento desadaptativo que conlleva a malestares y deterioros clínicamente significativos operacionalizados en la aparición de cualquiera de los siguientes siete criterios que mencionaremos a continuación.

I

La primera es la aparición de *tolerancia*, es decir, que se puede presentar, en primera instancia, como la necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado o, en segundo lugar, el efecto de las sustancias disminuye claramente dado su consumo continuado. Este argumento tiene un *a priori* que es necesario discutir, a saber, que la ingesta, inhalación o inyección de las sustancias produce tolerancia.

Cabe decir que la cuestión de tolerancia tiene que ver con una teoría psicológica de prevención de las adicciones llamada *teoría escalonada de drogas*, la cual plantea que se requieren dosis cada vez mayores para percibir

⁹⁵ Según establece el DSM IV, existen cuatro criterios principales para llevar a cabo un diagnóstico de adicción los cuales son la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia. Cada una de ellas contiene una serie de criterios que hacen posible detectar la presencia de drogodependencia.

los efectos que en un principio se obtuvieron con el consumo de drogas; también se afirma que se puede pasar de un consumo de marihuana a uno de heroína para provocar en el organismo las sensaciones deseadas, es decir, se pasa de drogas blandas a drogas cada vez más duras, sin embargo:

Según O'Donnell y Clayton, no se ha conseguido demostrar que esa hipótesis sea cierta...Este tipo de afirmaciones eran imprecisas y exageradas ya que quienes las defendían y afirmaban esa causalidad no eran científicos, sino personas encargadas de la represión del consumo y que no siempre seguían un criterio objetivo (Díaz en Ángeles, 2015: 174).

De esta manera, podemos decir que la tolerancia a sustancias no es un factor clínicamente posible dado que los que impulsaron esta teoría fueron autoridades no clínicas, lo que se hizo fue dotar de tecnicismos cientificistas a dicha teoría para darle su carácter de viabilidad para la diagnosis clínica. Podemos establecer que, como ya hemos pronunciado en la dimensión de consumo, la tolerancia es una definición situacional dada por empresarios morales, de tal forma que las sustancias no producen tolerancia, sino que más bien se aprende de un grupo de consumo a controlar las sustancias. Así, al principio de consumo ya sea de marihuana, alcohol u otra sustancia, se es un novato, al no saber que sentir, la persona puede acudir a repertorios situacionales, externos a ella, que le permitirán interaccionar con otros para demostrar que forma parte del grupo. Al respecto un ejemplo nos servirá para comprender mejor esta situación.

Un consumidor de alcohol X⁷ me comento en alguna ocasión que al comenzar a consumir bebidas etílicas él se tomaba tres cervezas y ya se sentía mareado, inclusive le daba sueño. Al pasar los años, él pudo ingerir cada vez más alcohol dado que ya había experimentado más con la sustancia y le comenzó a dar una significación a su consumo, de tal manera que cada que salía a bailes, fiestas familiares o convivencias casuales con sus amigos, aunque la ingesta fuera superior a las tres cervezas de un principio, ya no se sentía como la primera vez, inclusive, le tomó gusto y sentido a su consumo. Esto podría ser interpretado como tolerancia en un sentido psiquiátrico, sin embargo, vemos que su consumo no era individual, sino que cuando bebía lo hacía en situaciones específicas y además rodeado de personas que sabían cómo beber, por lo que podemos decir que, gracias a la experiencia con otros

consumidores, él aprendió a controlar la situación de ingesta de alcohol.

De ninguna manera negamos que las sustancias químicas tengan alguna repercusión orgánica (en este caso, el exceso de consumo de alcohol en grandes cantidades puede provocar cirrosis hepática), pero una cosa es eso y otra que la sustancia le produzca euforia, depresión, delirios, etc. Esas formas de expresar lo que la sustancia “hace” son determinadas por las personas que consumen las sustancias y no un efecto de lo que las sustancias producen en el cuerpo.

II

La aparición del *síndrome de abstinencia* es un factor para determinar que una persona padece de dependencia a las sustancias. Así, la abstinencia es, según el DSM IV, un cambio de comportamiento desadaptativo con concomitantes cognoscitivas y fisiológicas cuando los efectos del uso prolongado de alguna sustancia disminuyen en la sangre; así, la persona puede optar por consumir dosis de la misma sustancia o cambiarla por drogas más fuertes para aliviar el dolor fisiológico que produce el abandono repentino de las sustancias que el cuerpo se ha habituado a consumir.

Este argumento tiene un *a priori* que nos dice que, si se es un dependiente a las sustancias, se verá una repercusión en el comportamiento de las personas consumidoras con manifestaciones fisiológicas, es decir, opera bajo los cánones del conductismo psicológico. Sin embargo, no existen pruebas de la existencia del síndrome de abstinencia como una manifestación biológico-orgánica.

De hecho, el estudio realizado por Alfred R. Lindesmith con personas que se suministraban derivados del opio, es decir, morfina y heroína, en situaciones distintas, unos como pacientes hospitalizados y otros por ser consumidores habituales de heroína, es ilustrativo al respecto del síndrome de abstinencia:

Al preguntarnos por qué las personas se convierten en adictos a los opiáceos, podríamos también preguntarnos sobre la naturaleza de la experiencia por la que se genera el ansia por la droga. No es suficiente, como veremos, decir que la causa son las sensaciones placenteras o las experiencias internas que tienen lugar cuando se consume la droga. La marihuana, la cocaína y otras sustancias producen el mismo placer sin

muchas de las consecuencias desagradables asociadas con los opiáceos, pero no son adictivas (esto es, en sentido físico).

Un elemento crucial de la fijación de la adicción parece ser la comprensión del consumidor de lo que está pasando. Si una persona toma droga sin saberlo, no desarrollará un ansia de ella. Incluso si un individuo sabe que está recibiendo morfina con regularidad, esa persona seguirá sin “engancharse” si no entiende la naturaleza del síndrome de abstinencia que tiene su lugar al cesar su consumo regular. (Lindesmith, Alfred, 2006: 212)

Este fragmento nos permite visualizar que el supuesto sentido del síndrome de abstinencia no obedece a cuestiones de suministro y su manifestación inmediata en el organismo; la propuesta de Lindesmith es que el síndrome de abstinencia es más bien una interpretación de las personas que es aprendida en grupo y que varía de las personas que enseñan (grupo de consumo), los lugares donde se lleva a cabo el consumo y el contexto histórico en el que se lleva a cabo la acción de consumir sustancias. Por lo tanto, continua Lindesmith (2006), lo que constituye la adicción es repetir la experiencia de consumir drogas para mitigar la abstinencia, pero no depende de la sustancia suministrada en el organismo, sino que depende de elementos cognitivos, es decir, del aprendizaje en grupo y de simbolización del estar bajo los efectos de las drogas, por lo cual, si una persona no ha comprendido lo que significa estar en abstinencia, esta persona no desarrollara dicho síndrome. Ante este panorama coincidimos con Lindesmith cuando nos dice que “los adictos (que son, después de todo, las únicas verdaderas autoridades en cómo se sienten) niegan unánimemente que esto [la abstinencia] sea correcto”, al respecto un ex interno (X¹) del CEAIA comentó su percepción sobre el síndrome de abstinencia:

[03.05.18. Platica casual, en un Bar del Fraccionamiento Colosio, de noche. El ex interno llegó por casualidad y me comenzó a platicar su experiencia al enterarse de que estaba haciendo una tesis al respecto del CEAIA]

X¹: yo como consumidor, la verdad, lo probé [diversas drogas] a los 15, 16, 14, si quieres. Esos morros: no pues yo desde los 6 años me moneaba. Yo desde esta edad. La neta me vale verga. Y lo decían, así tal cual, ósea, y es cuando decías: bueno, no es adicción, además nada más te falta ubicación, ósea, adicción no porque no temblaban, ósea, tal cual, como

una dependencia, tan cual, como tú necesitas agua, te deshidratas, tiemblas, te pones mal. No te pones así por una sustancia.

César: Ósea, ¿nunca viste lo que llaman “síndrome de abstinencia”? [interrumpe X¹ diciendo al mismo tiempo abstinencia].

X¹: Yo no ¡Nunca!

César: Ok, pláticame, ¿qué tipo de drogas decían los otros internos que consumían y que no viste que les provocara síndrome de abstinencia?

X¹: Pues, muchos chavos consumían *tachas*, cocaína, marihuana. Yo jamás, jamás, jamás, en el tiempo que estuve ahí, llegaban nuevos, y no los vi con ese [se muestra expresivo corporalmente sacudiendo manos y el cuerpo] ¡Ah, estoy sudando frio! Jamás vi a un consumidor de cocaína alterado.

César: ¿viste a alguno de tus compañeros alterarse?

X¹: Los vi alterandos, no tanto por el pedo de la abstinencia, sino por el pedo de estar encerrados...

Este testimonio nos brinda la posibilidad de observar como una parte de personas que consumen sustancias ilícitas no creen que el síndrome de abstinencia exista, de igual forma una entrevista casual en el ICSHu con una consumidora habitual X⁸ (consume diario marihuana) nos ayuda a fortalecer esta idea:

[16.07.2018. En el aula de profesores de Sociología. Plática casual con consumidora de marihuana sobre el proyecto de la presente tesis]

César: A ver, tú dices que consumes diariamente marihuana, ¿alguna vez has tenido un apetito insaciable por consumir la sustancia?

X⁸: Pues [titubea] algunas ocasiones. Cuando no tengo varo para comprar o ya se me terminó la *hierba*.

César: ¿y cómo te sientes cuando eso pasa? ¿Tienes algún malestar físico cuando eso sucede?

X⁸: No, realmente nada de eso me pasa, solo quiero fumar, pero si no tengo pues, ya ni *pedo*.

Lo que demuestra este testimonio, es que si la persona no ha definido que su consumo puede provocarle dolores físicos a causa de su desprendimiento con la sustancia, esta jamás admitirá que el síndrome de abstinencia realmente exista, esto nos lleva a cuestionar sus conclusiones deterministas de los “expertos” médicos en el tema que no consideran lo que las personas que

consumen sustancias ilícitas sienten y piensan que produce la sustancia, dejando su diagnóstico en una mera especulación teórica al respecto de lo que sienten las personas que consumen, por lo cual establecemos que este parámetro para diagnosticar la adicción es una idea impuesta por la jerarquía de credibilidad de médicos-psiquiatras que ostentan la autoridad de imponer sus criterios, cuando las autoridades al respecto de lo que hacen las sustancias en el organismo son las personas que las consumen; así, establecemos que la abstinencia no es una manifestación fisiológica de las sustancias en el organismo, sino una interpretación situacional aprendida en grupos de consumo que no se presenta en las personas a no ser que consideren que es real el síndrome de abstinencia.

III

El tercer criterio para diagnosticar dependencia a sustancias, siguiendo las indicaciones del manual DSM IV, es el *consumo compulsivo*. Aquí se establece que el “sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida)” (DSM IV, 1995: 184).

Este criterio no toma en cuenta las fases de consumo de sustancias. Se parte del *a priori* de que en el momento que uno prueba las sustancias, casi de inmediato quedará enganchado a ellas; además establece el deseo inevitable de consumir las sustancias sin que la persona pueda tener la capacidad de controlar dicha acción.

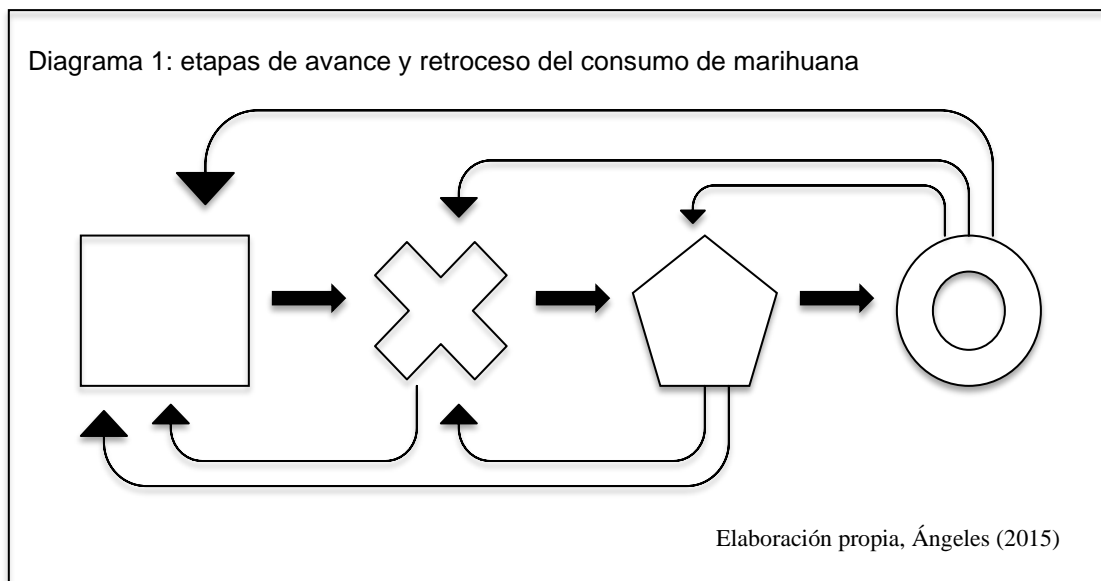
Al respecto, podemos establecer que para que una persona avance en su consumo no es suficiente explicación el hecho de probar las sustancias para quedar con la necesidad orgánica de desear volverlo a hacer. Para que esto se pueda llevar a cabo, la persona necesita pasar por etapas secuenciales de consumo para que pueda seguir su carrera como consumidor (ver diagrama 1), lo cual no es posible si no se está en una camarilla de consumo.

El diagrama representa las etapas de avance de consumo de una persona, el cual no clasifica personas, sino que hace tipos de actividad de consumo de

sustancias ilícitas. El cuadrado representa a las personas no consumidoras que pueden tener contacto con personas consumidoras sin la necesidad de suministrarse la sustancia en cuestión. Puede darse la situación de que estas personas consumidoras se encuentren en situación de querer experimentar con las sustancias por lo cual ocurre una transición, representada por la equis, donde su consumo es de novato; aquí es necesario establecer que si la persona no tiene las suficientes representaciones simbólicas de lo que hacen las sustancias puede experimentar sensaciones desagradables o no sentir nada en absoluto. De esta manera en la primera etapa es necesario que la persona aprenda de la camarilla de consumo la manera correcta, la técnica de consumir la sustancia, de lo contrario no podrá avanzar a la siguiente etapa de consumo.

El pentágono representa a personas que se encuentran en un consumo ocasional, de esta manera la persona ha pasado de ser un consumidor novato a un consumidor ocasional el cual, en esta etapa, debe de aprender a percibir los efectos de las sustancias que se ha suministrado, es decir, debe aprender que consumir la sustancia con los efectos que la camarilla le explica que debe de sentir para disminuir la posibilidad de tener sensaciones desagradables; si la persona no aprende a percibir los efectos, no avanzara en su etapa de consumo, con lo cual puede retroceder a ser un novato o un no consumidor sin mayor problema.

Por otra parte, la circunferencia representa a personas que se encuentran en situación de consumo habitual, por lo cual nos podemos percatar de que la persona ha experimentado de manera frecuente con las sustancias, por ello esta persona es una autoridad experta dentro de la camarilla de sustancias ilícitas. Como tal, puede explicarles a los consumidores novatos y ocasionales la técnica y las sensaciones a percibir. Para llegar a esta etapa, es indispensable que la persona aprenda a disfrutar los efectos, es decir, a interpretar los efectos de las sustancias como algo placentero y deseable; de no ser así, la persona regresara a etapas de consumo anteriores.



Sin embargo, a esta interpretación le hace falta la posibilidad de ver un estancamiento en una etapa de consumo, cualquiera de las tres mencionadas, o bien un adelanto de ella ante los ojos de otras personas debido a que el uso de estas sustancias es moral y legítimamente sancionable. Es decir, se puede ser un novato en cuestiones de consumo de sustancias ilícitas, pero se puede tratar a la persona como si se tratara de un consumidor habitual, aunque este no sea el caso. De esta manera se genera una imagen desacreditada de la persona, por lo cual se le trata en todo momento como una adicta a sustancias.

Siendo este el caso, el consumo compulsivo es un criterio que imputa sentido a la acción de las personas consumidoras, por tanto, un estigma que desacredita la credibilidad de las personas en esta situación debido a que han sido descubiertas en sus hábitos de consumo. Así, aunque la persona planee sus horarios de consumo, como habitualmente sucede, se le verá como una persona que miente, dada su “enfermedad” y su “dependencia” a las sustancias. Toda posibilidad de defensa ante los expertos en el tema y los legos que siguen los criterios de esos “expertos”, son anuladas. Ante esta posibilidad, emplearemos la analogía del necio para ejemplificar la imposibilidad de salir del diagnóstico médico-psiquiátrico cuando una persona es descubierta en sus hábitos de consumo de sustancias ilícitas. Si a un necio se le dice que es necio y lo niega, es un necio. Pero si al necio se le dice necio y éste acepta, es un necio, por lo cual necesita ayuda para combatir su necesidad. Esta posibilidad aplica para observar que el diagnóstico de

dependencia de sustancias siempre acabara etiquetando a la persona como un adicto, aunque este no lo sea, por lo cual pueden imputársele imágenes deterioradas que le proporcionan a la persona consumidora un perfil estigmatizado, lo cual facilita su internamiento debido a que padece de las aflicciones del consumo compulsivo.

IV

Lo siguiente que puede determinar si una persona tiene dependencia a sustancias, desde el aspecto médico-psiquiátrico, es una serie de cuatro criterios los cuales consisten en: Intentos infructíferos de abandono de sustancias; abandono de actividades convencionales de consumo; presentar problemas psíquicos por la sustancia y seguir consumiendo a pesar de ello; y la inversión de tiempo en la actividad de consumo.

Basta por el momento con mencionarlos por ahora ya que el análisis de estos criterios se verán aclarados con el apartado 2.4 del presente capítulo.

B) Abuso de sustancias

Al igual que en el trastorno de dependencia, el abuso de sustancias puede ser diagnosticado mediante la aparición, dentro del primer año después de haber consumido alguna sustancia, bajo el criterio de un *comportamiento desadaptativo* que conlleva a malestares y deterioros clínicamente significativos operacionalizados en la aparición de cualquiera de los siguientes cuatro criterios: que la persona aparezca intoxicada ante sus obligaciones cotidianas en su casa, trabajo o escuela, lo cual explica el bajo rendimiento en estas áreas y el ausentismo frecuente, ambas situaciones son correlacionadas con el consumo frecuente de sustancias ilícitas; que el consumo se lleve a cabo en situaciones de alto riesgo, como consumir mientras se conduce, opera alguna maquina o consumir en espacios públicos, lo cual nos lleva al tercer criterio; que la persona tenga problemas legales constantes relacionados con el consumo, lo cual revisamos en el capítulo primero; por último, se establece que a pesar de los problemas sociales y jurídicos que tiene la persona que consume sustancias, ésta no deja de consumir, por lo cual tiene reiteradas discusiones con familiares y autoridades públicas. Estos criterios se discutirán

hasta el apartado 2.4 del presente capítulo, por el momento es necesario que el lector tenga presentes los criterios empleados para diagnosticar a una persona que, aparentemente, padece el trastorno de abuso de sustancias.

C) Intoxicación por sustancias

El tercer trastorno relacionado con consumo de sustancias es la *intoxicación*. Según el DSM IV, este se asocia con la dependencia de sustancias o al abuso de sustancias que hemos mencionado anteriormente. Con ello podemos decir que es una derivante de los dos primeros trastornos. Se establece que la intoxicación difiere según su consumo sea inmediato, agudo, sostenido o crónico; aquí no se dan las características de estas formas de consumo, pero tienen que ver con el tiempo de consumo entre una dosis y otra, así como las cantidades suministradas por el consumidor.

Así mismo, se establece que la intoxicación varía entre los sujetos, sustancias, dosis, duración, la tolerancia del sujeto, el tiempo transcurrido desde el último consumo, las expectativas de la persona sobre la sustancia, así como el entorno y lugar donde se suministran las sustancias.

Por último, se dice que la intoxicación puede ser diagnosticada cuando se pueden observar alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal.

Estas disposiciones contienen un *a priori* biologicista en su discurso, a saber, la adaptabilidad y el metabolismo que, aparentemente, juegan un papel importante en la intoxicación por sustancias. De ninguna manera negamos que la química de las sustancias sea asimilada por el organismo, pero una cosa es eso y otra muy distinta es argumentar de manera determinista que debido a la cuestión orgánica el consumidor de sustancias se comporta de tal o cual manera. Ya hemos mencionado que todo consumo de sustancias requiere de su aprendizaje en camarillas, por lo cual negamos el determinismo biologicista como el factor principal para el desarrollo de la "adicción". Si la persona que consume considera que la adicción es real, creyendo el discurso monopolizado de los empresarios morales, acabará creyendo en ella como una realidad.

Al igual que los trastornos anteriores, la intoxicación por sustancias puede diagnosticarse por tres criterios fundamentales: a) la aparición de síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (no se da explicación alguna de ello); b) cambios psicológicos o comportamientos desadaptativos debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y que se presenta durante el consumo o poco tiempo después del consumo; c) los síntomas no son debido a una enfermedad médica ni se explican mejor con la presencia de otro trastorno mental, por ello debe obtenerse demostración de la reciente toma de la sustancia a través de la historia, de la exploración física y análisis toxicológicos.

Este tipo de diagnóstico tiene una contradicción en sí mismo ¿Cómo puede determinarse una enfermedad de la mente mediante pruebas de laboratorio? Aquí podemos encontrar que en esta disciplina se piensa que la mente se aloja en el cerebro, sin embargo, no existe a la fecha una prueba de que ello sea de esta manera, pero se trata como si esto fuera un hecho, es decir, “la psicología estudia cómo funciona la mente, si se prefiere decir la conducta, no dónde funciona el cerebro” (Álvarez, 2011). Sin embargo, no podemos negar que la química de las sustancias en el organismo como ya hemos mencionado, esto implicaría el estudio de las drogas desde la disciplina médica como enfermedades crónicas (como por ejemplo en órganos como pulmones o hígado) por consumir sustancias, establecer los parámetros de las cantidades de cada droga para determinar a cuantas dosis de alguna droga pueden causar sobredosis por intoxicación, enfermedades de transmisión sexual debido al uso de jeringas compartidas entre consumidores, etc. Sin embargo, la epidemiología al respecto no es muy clara respecto en este asunto debido a que existe una cadena contingente de intercambio de efectos entre la prohibición de sustancias lo cual impide a la disciplina médica realizar estudios serios, no especulativos, sobre lo que las sustancias producen en el organismo. Conforme a lo anterior, existe un cuadro clínico basado en síntomas y signos para diagnosticar de manera médica orgánica las repercusiones del uso de sustancias en el cuerpo del consumidor, asumiendo estas como un riesgo latente; sin embargo, en las instancias de salud pública en México la información que refiere a la mortalidad por uso de drogas es un dato

improbable de encontrar bajo instancia públicas, un médico del Hospital General Pachuca nos proporciona su testimonio:

[29.09.2017. Platica casual, en área donde los trabajadores del Hospital General Pachuca se juntan para fumar cigarrillos]

Médico: ¿qué pasó güero, que cuentas? [prende su cigarro]

César: Pues nada doc, aquí con lo de mi tesis, ando buscando la epidemiología del consumo de drogas.

Médico: ¿Cómo que dato buscas?

César: Pues quiera saber los daños orgánicos que producen las sustancias como alucinógenos, anfetaminicos, solventes...

Médico: [interrumpe] No güero, tú te estas confundiendo. Mira, la epidemiología te podría proporcionar la información de cuantos consumidores hay, por ejemplo, a nivel estatal. Lo que tú me estás diciendo se llama cuadro clínico de síntomas y signos.

César: ¡Oh, vaya! ¿Usted me puede decir en dónde puedo encontrar entonces la epidemiología de cuantos consumidores mueren al año por consumo de drogas?

Médico: [se ríe] no jodas güero, ese dato no lo vas a encontrar en ningún lado. Veras, imagínate que alguien llegue a este hospital con sobredosis y que no llega a tiempo para salvarle la vida. El cuerpo entonces va a ser recogido por el Servicio Médico Forense; ellos te piden la causa de muerte, pero nadie se muere en realidad de sobredosis, por lo cual no puedes poner eso en el acta. Las personas se mueren de paro cardiaco o de un paro respiratorio mecánico. Por lo tanto, el dato en sí mismo no existe.

César: Ok, pero ahora, en su caso hipotético ¿Qué pasaría si la persona que llega con una sobredosis al hospital es salvada? ¿dónde puedo encontrar el dato de cuantas personas corren el riesgo de este tipo de problema en la salud?

Médico: Imagina que se salva, entonces lo que sigue es saber qué tipo de droga ingirió para continuar con el tratamiento adecuado a su sintomatología y signos. Pero ningún hospital público o privado cuanta con la prueba de toxicología. Como no podemos confiar en la palabra de la persona, tenemos que saberlo mediante pruebas objetivas, de hecho, para saberlo, tenemos que mandar pruebas de orina y de sangre del paciente a la Procuraduría General de Justicia del Estado. Ellos mandan la toxicidad en la sangre y orina de la droga que ingirió el paciente, pero no se quedan el resultado de la prueba, simplemente llevan un registro de cuantas pruebas hacen en un día, mes, año. Y nosotros únicamente diagnosticamos, el resultado de la prueba se archiva, pero no llevamos ningún registro sobre ello. Por lo tanto, tampoco vas a poder encontrar ese dato. Es más, tampoco vas a poder encontrar de manera epidemiológica cuanta de la población consume que sustancias, podrás encontrar acercamientos o tazas, pero ese dato no es un censo, es un dato especulativo simplemente. Quizá [lo dice irónicamente] puedas encontrar información en instituciones no gubernamentales.

César: Vale, me queda claro. Bueno pero entonces me interesa saber, en cuanto a signos y síntomas por consumo de sustancias, ¿cómo tratarían en un hospital la enfermedad de la persona que consume sustancias?

Médico: pues mira el problema está nosotros no atendemos problemas de comportamiento sino aspectos relacionados con la salud [refiriéndose a la cuestión del cuerpo]. Por ejemplo, si llega un güey con un pason de marihuana, lo primero que vamos a hacer es tranquilizarlo si llega eufórico...

César: [interrumpe] ¿entonces que hacen? ¿No tratan el comportamiento?
 Médico: Por eso, te estoy diciendo güero, aquí nos encargamos de desintoxicarlo, pero para su comportamiento están las unidades UNEME, el CEAIA o esta madre, ¿Cómo se llama? El CIJ.

Ante este panorama, nos dimos a la tarea de investigar si esto es verdad; se acudió a diferentes encuestas y otras fuentes de información estadística en busca del dato que nos proporcionara la idea más amplia de considerar el consumo de drogas como un problema de salud pública. Sin embargo, ni en la ENCODAT 2016-2017 (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco), las ENAs (Encuesta Nacional de Adicciones)⁹⁶, la ENCODE 2014 (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes) pudimos encontrar la correlación que existe entre consumo de drogas y malestares o enfermedades orgánicas, únicamente se hacen tazas de crecimiento del consumo de drogas y su relación de estas con el crimen y el delito. Sin embargo, el SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones) nos proporciona un tanto de información al respecto. En su informe de 2012, nos dice que de 9,467 cuestionarios emitidos desde la SEMEFO por causas de muerte por drogas solo el 0.01% murió por sobredosis, es decir, una persona; y el 1.0% de la población murió por intoxicación o envenenamiento, es decir, diez casos. De las doce categorías que investiga el cuestionario, solo la sobredosis y la intoxicación son cuestiones relacionadas con lo orgánico, las otras diez categorías se refieren a cuestiones de defunción por accidentes u homicidio.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos ¿Por qué la guerra contra las drogas es tratada como una campaña de salud pública cuando desconocemos la cantidad de personas que mueren al año por intoxicación con sustancias ilícitas? Esto es porque adjudican la conducta delictiva como un hecho patológico, una desviación psiquiátrica, sin embargo, como veremos más adelante, la conducta y la enfermedad son dos cosas distintas que son tratadas como lo mismo ya que los médicos psiquiatras han convertido la metáfora de enfermedad en un hecho literal, sin que existan pruebas contundentes que demuestren que el consumo de sustancias produce enfermedad mental; no olvidemos que es

⁹⁶ Cabe destacar que esta la ENCODAT es la aplicación actual de las ENAs que se llevan a cabo desde 1988 y se repitieron en 1993, 2002 (a cargo del INEGI), 2008 y 2011 (a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública). La ENDOCAT 2016-2017 tuvo la aplicación a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

necesario abrir el campo de estudio a nivel médico para determinar los daños orgánicos que demuestren porqué el consumo de sustancias ilícitas debe tratarse como un problema de salud público, cuestión que no se podrá llevar a cabo mientras exista una mitificación y especulación sobre lo que las drogas le hacen a nuestros cuerpos, reiterando que los comportamientos no son enfermedades, son comportamientos sociales.

D) Abstinencia por sustancias

Siguiendo con el último trastorno que maneja el DSM IV respecto al consumo de sustancias, la abstinencia por sustancias, relacionada siempre con la dependencia de sustancias, se presenta por tener una necesidad irresistible de volver a tomar la sustancia para reducir sus síntomas los cuales se presentan cuando la dosis de la(s) sustancia(s) se reduce o, en su defecto, cuando deja de tomarse.

El diagnóstico de la abstinencia por sustancias se da por tres características principales: el primero es la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicas y cognitivas, debido al cese o a la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias; posteriormente, el síndrome específico de la sustancia provoca malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad del sujeto; por último, los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explica mejor por la presencia de otro síntoma mental.

Lo anterior implica que los malestares sentidos en el cuerpo no son debidos a enfermedades medicamente diagnosticables, sino que se trata de una enfermedad mental la cual el psiquiatra atiende. Es este sentido, el DSM IV proporciona la posibilidad de diagnosticar entre 160 posibles trastornos mentales por el consumo de sustancias las 13 que se describen en el manual, más una posibilidad de combinar sustancias, de las cuales 14 ni siquiera están especificadas, lo cual indica que si una persona no se encuentra del cuadro sintomático que determina la presencia de una enfermedad mental por consumo de sustancias el psiquiatra aun así puede determinar que en la persona existe una enfermedad mental que aún no ha sido descubierta. Así, se establece que los trastornos mentales inducidos por sustancias provocan una

variedad de síntomas que son característicos de su consumo y suministro en donde el psiquiatra puede determinar, cómo categoría no especificada de enfermedad mental, la presencia de un trastorno mental que aún no existe. En cuanto a la sintomatología se encuentran en total un aproximado de 445 síntomas que hacen posible el diagnóstico del trastorno mental que van desde la cuestión de síntomas orgánicos como comportamientos que son inducidos por las sustancias (véase tabla dos en anexos). Por lo cual, una persona que consume sustancias, si es descubierto en su actividad de consumo, tiene suficientes probabilidades tanto sintomáticas como de identificación de trastorno mental.

Los elementos que revisamos en este apartado son los que construyen la idea de la existencia de la enfermedad mental de la adicción, sin embargo, es necesario conocer que corrientes teóricas desde la psiquiatría y la medicina intervienen para que el tratamiento clínico de personas consumidoras de diversas sustancias sea posible.

2.2 La intervención de las disciplinas psicológica, psiquiátrica y médica para el tratamiento del consumo de drogas ilícitas

Iniciemos con un argumento generalizado que ha prevalecido en el pensamiento de la ciencia instituida y del sentido común durante siglos, que el cerebro es el órgano que contiene la mente. Según esta visión

Desde que Hipócrates, cuatro siglos a.C., afirmó que el cerebro es el órgano de la mente nadie lo ha dudado con mucha seriedad, y la psicología médica, nutrida como es por la fenomenología y la psicodinámica, se asienta sobre conocimiento de la estructura y de las funciones del cerebro y del organismo que son asiento y sujeto de los procesos mentales (De la Fuente, 2015: 51).

En este sentido Hipócrates es el *mesías*⁹⁷ tanto de médicos como de psiquiatras y psicólogos que insisten en ubicar la mente, las acciones y las enfermedades en determinadas partes del cerebro, lo que hoy en día se conoce como neurociencia se deriva de este pensamiento fundamental.

⁹⁷ Se le llamaría de esta manera, siguiendo la analogía teológica para los miembros de la psiquiatría, de Tomas Szasz (2002). Incluiría también la noción de apóstoles, sacerdotes, gurús, etc.

Siguiendo esa idea, la psicología hizo un esfuerzo por distinguirse como una ciencia que debe ser considerada para el entendimiento del comportamiento individual del hombre:

No hace más de dos siglos que la psicología inició su desprendimiento lento y tardío de la teología y de la filosofía especulativa. Los esfuerzos por constituir la en ciencia natural y por vincularla nuevamente con la medicina han tomado distintas direcciones... es necesario recordar que el progreso de cualquier ciencia depende esencialmente del desarrollo de conceptos y métodos adecuados. El mundo de la naturaleza, del cual la mente forma parte, consiste en cualidades y eventos innumerables que pueden ser clasificados en varias formas y enfocados desde distintos ángulos, de ahí que cada método y punto de vista debe valorarse objetivamente de acuerdo con su utilidad y el valor de sus aportaciones. (De la Fuente, 2015: 48)

Ese desprendimiento, orientado por la incuestionable premisa del *mesías*, hizo posible la creación de tres grandes tendencias (iglesias) durante el siglo XIX y XX que a la fecha siguen teniendo aplicabilidad en cuanto a los cánones de tratamiento terapéutico, estamos hablando de la psicología experimental, la psiquiatría clínica y el enfoque de psicoanálisis.

I

Los apóstoles que se encargaron de la difusión del mensaje sobre la mente con sus propias ideas en la psicología experimental fueron Wilhelm Wundt y John Watson; esta rama surge en la primera mitad del siglo XIX derivada de la fisiología y sus investigaciones eran realizadas en laboratorios. El primer gran impulso de este tipo de psicología fue aportado por Wundt quien “se propuso a demostrar el paralelismo existente entre lo que ocurre en el cuerpo, tal como representado por los procesos del sistema nervioso central, y lo que sucede en las experiencias que el individuo reconoce como propias” (Mead, 1973: 85); posteriormente llegan las aportaciones de John Watson cuyo:

principio fundamental..., *psicología del comportamiento*, es desechar como artefactos introspectivos o meras abstracciones conceptos tales como el de conciencia, voluntad, instinto, etc., y enfocar selectivamente para su estudio sólo aquello que es susceptible de ser observado y medido... La conducta... se entiende como un simple agregado de reflejos incondicionados innatos, modificados por la acumulación posterior de reflejos condicionados. (De la Fuente, 2015: 49)

El problema radica en que tanto Wundt como Watson tienen una visión simplista de los actos sociales, el primero pensando que los gestos son naturales y el segundo que el lenguaje se encuentra en la mente pensada como cerebro; al respecto Hernández (2014) dice lo siguiente:

Watson sólo considera la conducta visible la cual relaciona con una experiencia pasada, dejan de lado la conciencia y si es que tienen que situar la conducta la ubican en el sistema nervioso central, por lo subsiguiente no la podemos observar y sólo su portador tiene acceso a ella, así mismo dentro de este sistema nervioso se encuentran las ideas entre la sinapsis de las neuronas que nos permiten pensar ¿cabrán todas las ideas en el cerebro?, esto lleva a pensar que tanto James y Watson consideran que el acto reside en el organismo. (Hernández, 2014: 18)

Por tanto, podemos decir que el acto no se ubica, así como el gesto, en el organismo, sino más bien estos obedecen a factores situacionales y reflexivos en una conversación del *sí mismo* de la persona quien ha logrado adquirir, a través del *juego y del deporte* (como analogías), obtener por medio del *otro generalizado* una serie de *símbolos significantes* que orientan su forma de actuar, Hernández continua:

El acto no reside en el organismo, sino es un proceso emergente del colectivo y se refiere a los significados y los símbolos que implica a un actor en relación a otro, ahora bien, el acto no es la tendencia a actuar sino la consumación de la tendencia (Blumer, 1982), aunque necesita de un proceso intermedio de conversación consigo mismo para la consumación del acto tanto como del entorno situacional... [por ejemplo] si una persona tiene una necesidad orgánica como el hambre, el acto no será de tener hambre sino esa será la tendencia y subsecuentemente podrá seguir el proceso de una conversación consigo mismo para reflexionar el acto, podría pensarse por ejemplo que va a comer, donde comerá, si falta mucho para la hora de comida, si podrá salir del trabajo para comer o un sin fin de interpretaciones, pero, después de esa interacción consigo mismo podrá surgir el acto (Hernández, 2014: 20).

II

El otro apóstol, pero desde el plano de la psiquiatría clínica, es Emilio Kraepelin “quien a principios del presente siglo [XX] elaboró, merced a un trabajo monumental de observación, una clasificación de las enfermedades mentales que fue más o menos universalmente aceptada y que aún es la base de las clasificaciones en uso” (De la Fuente, 2015: 50). Su análisis de las enfermedades infecciosas, nos dice De la Fuente (2015), fue posible gracias a los descubrimientos de Pasteur y Lister con lo cual la idea de patologías, así

como de los daños en tejidos podría causar enfermedad, lo que hizo Kraepelin fue intentar encontrar que tipos de daños orgánicos causaban los trastornos mentales⁹⁸. Fue Kraepelin quien “propuso como explicaciones etiológicas posibles cambios metabólicos, desórdenes sistemáticos de la economía corporal o defectos hereditarios” (De la Fuente, 2015: 51) lo que daba origen a las enfermedades mentales, sus investigaciones siguen vigentes, así como su taxonomía sobre este tipo de enfermedades.

Al respecto, la postura de la antipsiquiatría expuesta por el psiquiatra Thomas Szasz (2002) expone las limitaciones de esta visión, el autor argumenta que:

Debe tomarse en cuenta, por lo tanto, que Kraepelin y Bleuler⁹⁹ no descubrieron lesiones histopatológicas o procesos fisiopatológicos en sus pacientes. En vez de eso, actuaron *como si* hubieran descubierto tales lesiones o procesos; clasificaron a sus “pacientes” de acuerdo con ello; se comprometieron ellos mismos y sus seguidores a establecer la identificación precisa de la naturaleza “orgánica” y la causa de estas enfermedades. En otras palabras, Kraepelin y Bleuler no descubrieron las enfermedades que los hicieron famosos, sino que las inventaron. (Szasz, 2002: 17)

Pensando en esta situación descrita por Szasz, tenemos que decir que las enfermedades mentales, salvo que no sean por un trauma fisiológico (golpes en el cráneo, pérdida de memoria por traumatismo, etc.) o deficiencias congénitas (Síndrome de Down, Hidrocefalia, etc.), no pertenecen al reino de las ciencias naturales, en este sentido cuando se hace una extracción de muela no hay una nueva problemática que seguir, pero si se modifica algo que es considerado problemático en el reino de lo social esto producirá un nuevo fenómeno que estudiar. Es por esta razón que estos apóstoles se equivocan al ubicar a las drogodependencias como una enfermedad orgánica ya que consumir drogas no es una enfermedad, es una actividad, el mismo autor nos propone que “comerciar, vender y usar drogas son acciones, no enfermedades. Las autoridades pueden extremarse en su ilusoria pretensión de que (ab)usar de una droga es una enfermedad, pero seguirá siendo una ilusión” (Szasz, 2001: 26).

⁹⁸ Esta visión se asemeja a lo postulado por Cesare Lombroso con su frenología. Él pensaba que el ser atávico, ser desviado por naturaleza, tenía que ver con características craneales, fisiológicas y cerebrales; curiosamente tras su muerte se midió su cráneo y se pesó su cerebro descubriendo que él mismo poseía las características de un ser atávico.

⁹⁹ De este apóstol hablaremos más adelante.

III

La tercera iglesia, nos referimos al enfoque psicoanalítico, está representado por los apóstoles vieneses Joseph Breuer y Sigmund Freud. Aquí, “el estudio de dos fenómenos supuestamente no relacionados entre sí, la histeria y el hipnotismo, fue el punto de partida del desarrollo de la teoría psicogénica de las enfermedades mentales y de la serie de construcciones teóricas que en conjunto constituyen la teoría psicoanalítica freudiana, núcleo del que derivan otras teorías psicodinámicas.” (De la Fuente, 2015: 53). Mientras que el primero implementó el hipnotismo para curar enfermedades mentales como la histeria, el segundo, al darse cuenta de que no podía hipnotizar a todos, implementó un método llamado *asociaciones libres* para que el paciente recordara el origen de su *conflicto mental intrapsíquico*, el cual se encontraba dentro de la conciencia que reprimía recuerdos por ser repugnantes o eventos dolorosos, al exteriorizarlos el paciente sentía un alivio al saber el mal que lo aquejaba¹⁰⁰. Todo este proceso es producto del choque eléctrico entre neuronas, llamado sinapsis, que estimula los recuerdos, con lo cual todo ese proceso ocurre dentro del cerebro.

No es necesario reiterar aquí la crítica desde el pragmatismo de Mead sobre la cuestión orgánica de los actos sociales, el lenguaje o los gestos, basta con decir que hasta el surgimiento de la Escuela de Chicago estas ideas fueron aceptadas en su totalidad sin ser cuestionadas de hecho:

Es significativo... que, no obstante que es reciente el que la medicina disponga de recursos eficaces para curar algunas enfermedades, el médico gozó de gran estima en el pasado y pocas personas pusieron en duda sus poderes. Esto sugiere que los recursos técnicos, de los que el médico se siente tan legítimamente orgulloso, no son los únicos que han dado prestigio social a la profesión. De hecho, la influencia psicológica del médico es un ingrediente esencial en los actos médicos y su modo de acción no es algo que la ciencia haya establecido satisfactoriamente. (De la Fuente, 2015: 194)

Por tanto decimos, de manera metafórica, que para el tratamiento de las drogodependencias existió un gran *mesías* que enseñó a sus *apóstoles* sus principios orgánicos que debían de seguir para *curar* a la sociedad de ese foco

¹⁰⁰ Los médicos del alma serían ahora los psicólogos, despojando a los párrocos de la iglesia católica de su tratamiento a través de la confesión (Szasz, 2000).

infeccioso; estos crearon sus *iglesias* en donde bastantes *clérigos* (estudiosos de la psicología y de la psiquiatría en general) aprendieron el dogma y su aplicabilidad para ganarse el pan de cada día; los fieles devotos a sus creencias son los ejecutores de la norma (abogados, policías, no consumidores y hasta algunos consumidores) quienes tratan de llevar a sus instalaciones religiosas (Centros para la atención a las drogodependencias) a las ovejas que se han salido del rebaño (los consumidores de drogas) siguiendo el camino del pecado que origina los males del mundo según los empresarios morales, aquellas personas que ven como moralmente malo el consumo de sustancias ilícitas.

A pesar de lo anterior, la disciplina médico-psiquiátrica se ha ocupado de tener el monopolio de la credibilidad autonombrándose expertos en el tema y abriendo centros para la atención a las drogodependencias, sin embargo, aún no hemos expuesto los motivos para establecer que los trastornos mentales por el uso de sustancias es un mito, esto lo expondremos a continuación.

2.2.1 El mito de la enfermedad mental en el consumo de sustancias.

Hemos revisado las características de los trastornos mentales, síntomas y escuelas de pensamiento que según la psiquiatra son fundamentales para el entendimiento de la adicción entendida esta como enfermedad. También hemos establecido la posibilidad de que el consumo de sustancias ilícitas produzca la campaña moral de prevención e intervención ya que dicha actividad es vista como un problema de salud pública. Sin embargo, no hemos encontrado los datos que sustenten esta campaña en términos de salud. Podríamos establecer la existencia de las llamadas “enfermedades mentales”, sin embargo, hemos visto que no existe una definición consensuada entre la disciplina médico-psiquiátrica de lo que son estas en términos objetivos. Por esta razón haremos una breve revisión que fundamenta nuestra idea de la enfermedad mental como un mito.

I

Una primera noción de lo que son las enfermedades mentales tiene que ver con fenómenos orgánicos como, por ejemplo, las intoxicaciones por uso de

sustancia ilícitas o la sífilis cerebral que se manifiestan en ciertos comportamientos en las personas que las padecen como la irritabilidad, así como trastornos de pensamiento como alucinaciones o paranoia. Sin embargo, estas enfermedades obedecen a criterios biológicos, es decir, son enfermedades del cerebro y la química del cuerpo, por tanto, no de la mente.

Este punto de vista establece que las enfermedades mentales son consideradas básicamente de la misma manera, la diferencia fundamental es que los trastornos mentales que afectan al cerebro se manifiestan, supuestamente, en síntomas mentales, mientras que la enfermedad orgánica se manifiesta en síntomas que son referidas a otras partes del cuerpo. Al respecto, Thomas Szasz (2000) encuentra dos errores en esta lógica, el primero es que la analogía de enfermedad mental con la de enfermedad orgánica es precisamente una cuestión del cuerpo y no un problema de la vida, es decir, no es lo mismo tener un defecto de la visión como la miopía que puede deberse a cuestiones neurológicas a pensar que la persona tiene una enfermedad mental por sus creencias, por ejemplo, que una persona lleve a cabo su espiritualidad al hablar con una figura invisible como Dios, lo cual no puede explicarse como si se tratara un defecto en el sistema nervioso central.

El segundo error con esta noción tiene fundamento en la epistemología de la enfermedad mental lo cual “consiste en interpretar las comunicaciones referentes a nosotros mismos y al mundo que nos rodea como síntomas de funcionamiento neurológico” (Szasz, 2000: 24). Por tanto, se establece esto como un error de expresión del conocimiento que se tiene sobre la enfermedad mental, así los hábitos lingüísticos de nombrar algo como “enfermo” no tiene fundamentos empíricos, de tal manera que tiene que ver con lo que el paciente explica al psiquiatra que siente y esto se tiene que ligar al contexto histórico en el que se vive, por ejemplo, si un paciente establece que los extraterrestres lo abdujeron el diagnóstico del psiquiatra se limita a establecer esto como un síntoma y signo de su enfermedad mental, sin embargo, la idea y creencia del psiquiatra que *no* cree que existan los extraterrestres influye en etiquetar al paciente como un enfermo mental. Así, para quienes consideran que la enfermedad mental tiene origen en el cerebro del paciente bastaría que dijeran que se trata de una enfermedad orgánica y dejar de establecer analogías

equivocas de síntomas y signos que no dependen de lo que sucede en el sistema nervioso central, sino en un plano lingüístico y de organización social.

II

Una segunda noción que se emplea para dar fe de la existencia de las enfermedades mentales tiene que ver con la percepción de que la personalidad es carácter individual y armónica, con lo cual se establece que la interacción social con otros miembros de la sociedad no es de carácter conflictivo, es decir, existe un orden natural de la vida social que se ve alterado por perturbaciones en la personalidad; al alterar entonces el orden social se puede acudir a las enfermedades mentales para explicar la deformidad de la personalidad individual, así, la existencia del conflicto social es debido a muchas personalidades enfermas (Szasz, 2000).

La percepción de enfermedad, ya sea mental u orgánica, tiene que ver normas claramente definidas; de tal manera que las normas en las enfermedades de corte orgánico tienen que ver con el mantenimiento de la estructura y funcionalidad del organismo. Sin embargo, para la enfermedad mental la norma es más complicada de definir ya que se encuentra determinada no por la voluntad individual, sino por cuestiones institucionalizadas como lo jurídica y éticamente correcto o lo moralmente bueno y malo. De esta manera se establece que las desviaciones éticas, jurídicas y morales pueden ser corregidas mediante la intervención médica.

El problema con esta noción supone una lógica absurda sobre el tratamiento terapéutico, a saber, si la analogía de enfermedad esta lógicamente errada como ya establecimos en la noción anterior, las cuestiones de la medicina pueden encargarse de problemas médicos (tratar la cirrosis, el asma, las enfermedades de transmisión sexual, etc.) que no puede resolver un abogado o un maestro de primaria; así, pensar en que los psiquiatras pueden contribuir en resolver y tratar de curar comportamientos que no se han establecido bajo parámetros médicos es completamente una cuestión que no tiene cabida dado que los fundamentos y definiciones en cuanto al tales comportamientos se han establecido de otra manera que no es médica.

De esta manera, se establece que todo lo que la gente hace tiene lugar en un contexto social, por lo cual el comportamiento no se puede entender fuera de implicaciones morales y no de implicaciones de enfermedad. De tal forma que la disciplina psiquiátrica que pretende ocuparse de los problemas en el organismo está descontextualizado, en vez de tratar problemas de la vida cotidiana, confunde su trabajo con el de tratar enfermedades cerebrales, papel que le corresponde al neurólogo y no a este.

Estas dos situaciones que acabamos de esbozar nos permiten observar las carencias del diagnóstico psiquiátrico para determinar lo que son las enfermedades mentales, es decir, se piensa que la disciplina trata de curar dichos trastornos como si se tratara de un cáncer. En este sentido, lo que impera es un intercambio de efectos y la creación de públicos convencidos de manera retórica e ideológica en la idea popular de que los trastornos mentales existen de manera “objetiva” y “real” de tal manera que “uno podría contraer o ser alcanzado por una enfermedad mental, tenerla o acogerla en su interior, tal vez transmitirla a otros y finalmente librarse de ella” (Szasz, 2000: 29).

Pese a la extensa bibliografía que existe sobre los trastornos mentales, no existe evidencia alguna de que las ideas que han transmitido los psiquiatras y psicólogos clínicos a las distintas audiencias, a través medios masivos de comunicación, sea verídica en su totalidad. Lo que tenemos son comportamientos que son moralmente etiquetados, que son indeseables e inaceptables para las personas que se consideran a sí mismas como “normales”. Esta situación logra etiquetar como enfermo mental a las personas que consumen sustancias llamándoles adictos; he aquí otro error de la analogía de enfermedad, a saber, que las enfermedades orgánicas, al ser parte de fenómenos bio-físico-químicos, no se ven alterados en su percepción cuando se los hace públicos, es decir, un cáncer en el pulmón no deja de serlo de manera objetiva si se hace pública la información de que se tiene en el organismo. Por otro lado, si se hace pública la existencia de una enfermedad mental como lo es la adicción a sustancias ilícitas, que obedece a fenómenos psicosociales, ve afectada la imagen que se tiene de las personas sobre las que ha caído la etiqueta de adictos que, antes de ser descubiertos en sus prácticas de consumo, no tenían.

Así, como ya hemos dicho, el psiquiatra se encuentra dentro de un contexto social en el que él crea un cuadro de lo que le considera que es la realidad con lo cual adquiere una idea de lo que, en determinado lugar y tiempo, es lo correcto e incorrecto. De esta manera, observa a su paciente, lo juzga a la luz de las creencias basadas en su formación “profesional” cuya base es el sentido común sistematizado el cual tiene coincidencias con sus creencias morales como ya lo hemos mencionado con anterioridad. Para ocultar este hecho, los psiquiatras de adhirieron a un marco médico en donde los procedimientos y conceptos son “objetivos” pretendiendo devolverle la “salud mental” a las personas que ha clasificado como “enfermos mentales”. Con esto, pareciera que el “especialista” es una persona con una moral impecable, que nunca ha cometido un acto impío o ha tenido comportamientos indeseables. Estos expertos no pueden aceptar que la vida social es intrincadamente conflictiva y llena de problemáticas a resolver, de esta manera, el concepto de enfermedad mental funciona como una cortina que oculta el hecho de que las personas en sociedad vivimos en conflicto constante y en vez de solucionar esos problemas y dificultades de la vida cotidiana únicamente se encarga de crear figuras retóricas que sirven de manera estereotipada donde los comportamientos son vistos como una cuestión desviada, evitando así atender estas problemáticas y recetando medicamentos psiquiátricos sin eficacia alguna.

Con base en lo anterior, deducimos teóricamente que la enfermedad mental y en particular la que hace referencia al trastorno mental llamado adicción a sustancias, sean estas lícitas o ilícitas, no existe, lo que no implica que no existan condiciones humanas que se adhieran a fenómenos sociales y psicológicos que tienen repercusión en las personas; lo que nos interesa aquí es como el poder que tienen los médicos psiquiatras para establecer la existencia de estas enfermedades hace posible la existencia de etiquetas prefabricadas para situaciones cotidianas de la vida social, creando la figura de drogadictos y con esta etiqueta se crean instituciones como el CEAIA para la atención de estas personas. De esta manera, la analogía de enfermedad mental ha dejado de presentar una utilidad para las personas que acuden por terapias para solucionar sus problemas que tienen en interacción con otras personas quedando, así como un mito. Este sistema de creencias cumple la

función de actuar como un catalizador social que alienta a los crédulos a pensar en que pueden tener dominio sobre los problemas que son socioculturales y no individuales, es decir, lo que se hace con el uso de esta disciplina y conceptos es negar que la vida es un conflicto constante con otras personas e intentar encontrar solución a esas problemáticas. De esta manera es más fácil culpar a una enfermedad inexistente e intentar tapar el sol con un dedo.

Dicho lo anterior, establecemos que el uso constante de la enfermedad mental por adicción como discurso ideológico cotidiano y popular entre las personas permite evitar enfrentarse a la problemática que puede existir en sus vidas cotidianas, teniendo la impresión de que acudiendo al psiquiatra y tomando “aspirinas contra la vida cotidiana” hará que de manera automática se corrija su vida hacia una vía armónica. En conclusión, la enfermedad mental es un aparato conceptual, lingüístico y metafórico que se ha empleado como si se tratara de un hecho objetivo, corpóreo y literal. Así, hemos entendido de manera equívoca que una enfermedad orgánica lo es porque produce desequilibrios corpóreos en la persona que los padece y que la enfermedad mental en las personas viola las normas morales, éticas, jurídicas y culturales. De la misma manera, hemos creído que de no ser por personalidades con enfermedad mental el entramado de interacciones sociales sería armónico y posibilitaría consolidar bases adecuadas para tener una mejor calidad de vida. Esta idea establece una felicidad universal, pero debemos establecer que no se trata más que de una expresión utópica y fantasiosa. Por último, coincidimos con las palabras de Szasz cuando dice que:

Nuestros adversarios no son demonios, brujas, el destino o la enfermedad mental. No tenemos ningún enemigo contra el cual combatir mediante la *cura* o al cual podamos exorcizar o disparar por esta vía. Lo que tenemos son problemas de la vida, ya sean biológicos, económicos, políticos o psicosociales. [...] la enfermedad mental es un mito cuya función consiste en disfrazar y volver más asimilable la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas. (Szasz, 2000: 35).

Hasta el momento revisamos lo que concierne a la dimensión de la adicción y sus componentes principales en la disciplina psiquiátrica, así como las principales corrientes que se encargan de crear la imagen mitificada del consumidor de drogas como un enfermo; esos elementos nos proporcionan

bases para observar como el usuario de estas sustancias ha pasado de ser una figura delincencial en el Estado Penitenciario gracias a la creación de la metáfora de la enfermedad mental de su actividad cotidiana, lo que posibilita el establecimiento de un Estado Terapéutico, caracterizado por el tratamiento clínico de las personas clasificadas como enfermas mentales por llevar a cabo la actividad antes mencionada (esto último se revisará en el capítulo tercero del presente trabajo). Sin embargo, aún queda una pregunta por resolver, a saber, si no existe la enfermedad mental, ¿qué es lo que hay entorno a los comportamientos que son encarnados por las personas y sufridos como si la enfermedad mental existiera? Esto lo expondremos a continuación.

2.3 Un acercamiento a la teoría del compromiso para desmitificar la enfermedad mental de la adicción.

Si quitamos el elemento de la adicción como enfermedad mental ¿Con qué nos quedamos? Una de las tantas posibilidades de estudio de la sociología organizacional consiste en resolver el problema de la estabilidad temporal de los comportamientos sociales. Pareciera ser que el consumo de sustancias se ha mantenido a lo largo de la historia de la humanidad, como mencionamos en el primer capítulo, y que la prevalencia de conductas, construidas por los psiquiatras, en cuanto a los “síntomas” de los usuarios que las consumen dichas sustancias cambian, pero no mucho. Es decir, podrán cambiar los usuarios, pero los nuevos consumidores de sustancias no se distancian mucho de los que ejecutaron la actividad de consumo antes de ellos. Esto resulta en un problema teórico que hay que resolver para poder entender la estrecha relación que existe entre la elección de consumir sustancias ilícitas y las formas de consumirlas de entre la gama de posibilidades que se le presenta a la persona para poder ejecutar la actividad de consumir. También explicaría la elección de las personas por acudir a un “especialista” de salud mental para ser atendidos por su supuesto problema con las drogas.

Una posibilidad de análisis sociológico para resolver la situación antes planteada se adscribe al pensamiento funcionalista que ve la estabilidad de las organizaciones sociales como un hecho natural en donde las cosas se presentan tal cual deberían ser. De esta manera, las instituciones (de las que

hablamos en la introducción de este documento) son las que respaldan la noción de cómo se hacen las cosas de manera correcta. Establecidos los parámetros funcionales que hacen posible hacer las cosas de manera adecuada, según esta corriente, las personas adoptan fácilmente esta manera de pensar por lo cual puede llevar a cabo actividades que cumplan ciertas funciones que satisfagan las necesidades sociales de los sujetos. Cuando este patrón de comportamiento se establece como algo cotidiano, las cosas toman un cauce natural formando así un equilibrio funcional (Becker, 1995), de tal forma que, si alguna actividad interfiere con este equilibrio, las personas intentan reestablecer la forma de hacer las cosas que se habían planteado como la mejor forma de hacer las cosas por medio de instituciones. De esta manera, cuando uno localiza las funciones que cumple cualquier organización social, uno acabaría de inmediato el análisis que necesita para comprender el mundo social. Así, el problema de explicar el papel que tiene el CEAIA para la vida de los consumidores de las sustancias se reduciría a decir que esta institución tiene la función de rehabilitar a estas personas a la estructura social de la que se han desviado, lo cual no implica dificultad alguna.

Otra posibilidad más de explicación sociológica respecto a la estabilidad social es pensar en que las organizaciones sociales se encuentran en un constante riesgo de desaparecer, por lo que son efímeras y duran lo necesario para que las personas que la organizaron puedan ejecutar la actividad para lo que diseñaron y pensaron dicha organización, como podemos deducir a partir de Howard Becker (1995). Las personas entonces ponen en marcha el plan, pero al hacerlo se encuentran con obstáculos y dificultades que aparecen durante la ejecución de la actividad que no estaban tomadas en cuenta. En este sentido, podemos observar que las cosas cambian constantemente, pero es difícil explicar cómo es que se mantienen de una forma muy similar a como se hacían las cosas en el pasado.¹⁰¹

¹⁰¹ Pongamos un ejemplo, supongamos que hay cuatro personas interesadas en el juego de ajedrez, pero quieren jugar el mismo juego y de manera simultánea con sus otros tres competidores. Evidentemente con las reglas clásicas del ajedrez, el tablero y las piezas es imposible jugarlo para cuatro personas sin que implique un juego de parejas. De esta manera idean un tablero para cuatro personas a partir del tablero original con 64 casillas aumentando

Una posibilidad más, dentro de esta forma de pensar lo efímero de las organizaciones sociales, puede ejemplificarse con los instrumentos que crean las personas y que son desechadas después de que han cumplido su objetivo de uso. Por ejemplo, hemos observado que cuando los consumidores de marihuana no se tiene papel para liar cigarrillos o una pipa para poder fumar, improvisan con un lapicero, quemando sus extremos, una pipa con plástico en la cual pueden consumir la sustancia. Al finalizar de su uso, no conservan la pipa, sino que la desechan ya que después de su uso continuado, empiezan a consumir el plástico quemado que se mezcla con la sustancia, lo cual comentan no es nada sano ni agradable.

Si nos damos cuenta, no es tan fácil cambiar las cosas de cómo se les conoce y se mantienen, lo cual no implica que sea imposible. Sin embargo, que se estableciera una variante más de cómo se juega el ajedrez, no elimina al juego clásico de ajedrez o improvisar pipas para fumar marihuana no sustituye el uso de papелitos para liar o las pipas comerciales, así que las cosas no cambian mucho después de todo.

De esta manera ¿qué es lo que hace que las cosas se mantengan estables en el mundo social? Howard Becker (1995) establece que la dimensión analítica que responsabiliza a hacer las cosas de manera convencional se debe a un poder que llama *inercia* o hegemonía. Esta fuerza es la que posibilita que al final del día lo que se ha construido por medio de la acción cooperativa no desaparezca, con lo cual se pueden establecer las convenciones. A su vez, esta dimensión analítica contiene otras dos dimensiones. La primera la podemos llamar dimensión no material en la que podemos establecer que las acciones e interacciones que las personas ejecutan no son inventadas cada día, sino que son improvisaciones tomadas de la experiencia adquirida

tres filas con 8 casillas cada una, es decir, un tablero de 160 casillas; de igual manera, aumentan dos juegos más de piezas de ajedrez, es decir, en vez de jugar con las 32 piezas originales, se jugaría con 64 divididas en cuatro sets de piezas de colores diferentes para evitar confusiones. Digamos que saltaron las dificultades materiales del juego, pero lo que sigue es establecer las reglas del juego, los turnos, como se mueven las piezas, quien gana o pierde, puntajes, etc. Y después ponerlo a prueba.

socialmente en grupos y que toman la forma de “algo diferente” aunque de hecho no es nada tan diferente a la convención. De esta manera, establecemos que no inventamos nada en sí, sino que improvisamos con lo que tenemos disponible como recursos no materiales. La segunda, es la dimensión material que establece que para que la interacción se mantenga a flote y se pueda llevar a cabo, es necesario contar con materiales y materias físicas que presentamos a otros, el uso de estos materiales hacen posible el mantenimiento de convenciones, es decir, no desechamos lo que se ha establecido como un material convencional, de tal manera que una biblioteca sin libros, una escuela sin alumnos, un músico sin instrumentos, una institución de salud sin camas o medicamentos, serian otra cosa sin estos materiales. Esto implica la decisión de las personas sobre el cuidado, mantenimiento y aseguramiento de dichos materiales, a diferencia del consumidor de marihuana que desecha su pipa improvisada por medio de un lapicero.

De la misma manera, las decisiones se encuentran orientadas por estas dimensiones de la inercia, es decir, en primer lugar, las decisiones están orientadas hacia objetos que, dada la experiencia de las personas con el mundo material socialmente significado, conocemos para qué y cómo se usan, lo cual sirve de guía para la acción y la interacción, por tanto, el mantenimiento de la estabilidad de la convención. En segundo lugar, las decisiones están orientadas por la experiencia vivida de las personas en el mundo social semántico y de los significados, por lo cual no tenemos la necesidad de inventar situaciones cada día, sino que las tomamos del repertorio del mundo social semántico lo que se necesita para interactuar con otras personas. De esta manera, las decisiones se presentan por *paquetes* (Becker, 1995) en donde todos los elementos que lo integran hacen llevadera la acción de decidir la orientación de las interacciones; esto implica aceptar todas las partes del paquete, lo que hace posible la dificultad de hacerle cambios a la convención establecida por el paquete. De esta manera, es el paquete lo que hace posible el mantenimiento de la estabilidad social, la hegemonía, la fuerza de inercia.

Además, el paquete no solo contiene la dimensión material y la dimensión no material, sino que contiene una serie de situaciones sociales que dan sentido a que las personas se encuentren en un lugar interactuando y no en otro ¿qué

sentido tiene entrar a escena si no se requiere la participación de la persona en ese acto? Así, las situaciones sociales son la razón por la que las personas se encuentran en determinado lugar, manteniendo ciertas interacciones con otras personas e instituciones, ello da sentido a la organización social y a la red compleja de interacciones. De esta manera, podemos decir, el paquete se encuentra asociado con una serie de organizaciones o instituciones.

Hay que resaltar que el paquete no impide que nadie pueda hacer las cosas de manera diferente a lo establecido por este, sin embargo, si se desea romper con la convención se tendrán que crear todos los elementos para que el “nuevo” paquete tenga existo, lo cual acarrea muchas dificultades, obstáculos y problemas para quien desee hacerlo. En este sentido, establecemos que el paquete no es una condición estática dado que la dimensión material, la no material, las situaciones y las instituciones pueden o podrían organizarse de manera distinta; con esto, quitamos la barrera determinista de la funcionalidad estructural y el determinismo cultural de la teoría sociológica para el entendimiento de la sociedad y su organización. Sin embargo, el paquete que crea inercia hace que las cosas se mantengan y continúen como se encuentran.

Dado el costo alto de querer hacer las cosas de distinta manera al paquete estándar que, convencionalmente, todos siguen, no es de sorprenderse que muchas personas decidan inclinarse por hacer las cosas como siempre se han hecho. Aclarado esto, es necesario entender que existen dos formas de hacer las cosas: una fácil y otra difícil; la primera implica hacer las cosas conforme a lo establecido dentro del paquete estándar; la segunda, implica inversión de tiempo y gasto de energía física por parte de la persona. De manera implícita, esto contiene relaciones de poder que son difíciles de percibir, a saber, que las elecciones se encuentran estructuradas dando la apariencia a las personas que toman decisiones de que optar por el paquete estándar es lo correcto. Sin embargo, esta forma de poder no es tan extremo como para impedir que las personas opten por crear elementos en un paquete distinto que el paquete estándar; pero la innovación no es garantía de cambio social, dado que aún falta que los elementos que se integran al paquete sean incorporados y puesto en marcha en la vida cotidiana, además de que deben esperar a que dichos

elementos queden institucionalizados para garantizar su incorporación al aparato existente, lo cual implica buscar lugares y públicos para su aplicación, no bastando, sustituir lo ya existente.¹⁰²

De esta manera, nos dice Becker (1995) entre líneas, el poder de la inercia contiene otro elemento implícito, a saber, que se necesita controlar parte del mundo para poder incorporar elementos “novedosos” al paquete estándar, lo cual nos habla de tener una red de relaciones con instituciones que contengan legitimidad, con la cual, las personas que quieren hacer las cosas de manera difícil se anclan del poder de dichas instituciones para poder crear un mundo en el que se le otorga jerarquía de credibilidad. Así, los elementos que se desean incorporar al paquete se aceptan de manera convencional. Por tanto, el poder del que estamos hablando consiste en dejar a aquellos que proponen los elementos del paquete definir lo dicho paquete incluye, discrepar entre lo que es aceptable, por tanto, lo convencional, así como lo que no es parte del paquete, lo desviado. Pero esto no implica que el paquete este definido y sea la única manera de hacer las cosas dado que existen otros grupos y organizaciones de personas que tienen formas distintas de hacer las cosas.

Así, la propuesta analítica es reconocer que, en ese juego de poder, existen formas distintas de hacer las cosas, evitando sentimentalismos hacia esas formas, pero reconociendo que es el poder de definir las cosas lo que impide tomar en serio la variedad de formas de hacer las cosas. El no tomar en cuenta otra manera de hacer las cosas significa que no gozaran de legitimidad y, por ende, de apoyo de organizaciones e instituciones que ostentan el poder de definir situaciones. Por lo tanto, los elementos disponibles del paquete estándar que facilitan hacer las cosas y proponer elementos novedosos a dicho paquete son para aquellas personas que llevan a cabo las definiciones de las personas que ostentan el poder, del grupo de profesionales encargados de definir el mundo.

El panorama parece desalentador, sin embargo, aunque el grupo de profesionales intente definir el mundo, las personas que no se orientan por el

¹⁰² Llegamos a esta deducción teórica a partir del escrito de Howard Becker (1995) titulado El poder de la inercia.

uso del paquete estándar siempre se encuentran en dinámica constante, haciendo paquetes con elementos que difieren de la convención sin que estos gocen de legitimidad a causa del poder de la inercia.

Quod erat demonstratum: la existencia de instituciones como el CEAIA es posible gracias a la organización médica que tiene imbricaciones con el aparato Estatal, de esta manera, crean y definen la acción de consumir sustancias ilícitas como un problema de salud pública, aunque no existan datos estadísticos que comprueben la epidemiología que implica el consumo de drogas. De la misma manera, la información sobre el paquete estándar creado sobre el consumo de sustancias definidas como ilícitas es transmitido por los *mass media*, creando a su vez los públicos que consumen esta idea legitimizada por el poder estatal. Así, se conforma la idea convencional de que consumir sustancias es perjudicial para la salud y la sociedad mexicana con lo cual se adhieren personas tanto consumidoras como no consumidoras al juego institucional de tratar de erradicar el problema mediante la atención médico-psiquiátrica. Dicho esto, las personas que deciden optar por un tratamiento de este tipo a su supuesta dependencia a las drogas lo hacen por el poder de la atracción de la idea que han creado respecto al consumo de drogas como una enfermedad; a su vez, el Estado construye la infraestructura que posibilita poner en marcha sus ideas sobre las adicciones mediante la organización material e inmaterial del CEAIA. De esta manera, queda legitimado el paquete estándar de la atención médica al problema de las adicciones, sin embargo, esto no implica que sea la única manera de tratar a estas personas, pero si la que goza de auténtica credibilidad por parte de los auditorios.

La narrativa anterior, sin embargo, aún no soluciona el problema de establecer que existe si no existe la adicción, pero nos proporciona elementos básicos que sirven para explicar el mantenimiento de un orden convencional respecto a las adicciones por sustancias. Ya hemos tenido, en este capítulo, un acercamiento a decir que no se trata de una enfermedad, sino que se trata de comportamientos que son un paquete diferente al estándar y que además se trata de problemas de la vida, pero, ¿qué tipo de problema son? Para solucionar esta pregunta es necesario aludir a los compromisos que una persona puede mantener con otras.

Ya hemos dicho que un paquete se encuentra conformado por elementos materiales, no materiales y situaciones que crean las condiciones apropiadas que hacen posible el poder inercial y la interacción; de esta manera, las personas improvisamos conforme a los elementos de los que disponemos, sin embargo, mantenemos relaciones estables gracias a los paquetes de tal forma que facilitan la toma de decisiones en el plano situacional. Así, elegimos de entre la gama de elementos del paquete los que son más apropiados para ejecutar la actuación frente a otras personas en situación; el cómo comportarse en una fiesta, frente a una autoridad, en el cine, en el transporte público, entre otros, ya están incluidos en el paquete, sin embargo, no siempre nos comportamos conforme a la expectativa que los otros esperan de nosotros mismos, he aquí la importancia del compromiso el cual pude ser descrito de la siguiente manera:

El término *involved* (comprometido, implicado) comporta también otras connotaciones en el lenguaje inglés: la de *commitment* (empeño de la propia palabra), en el sentido de declararse responsable y tener a cargo ciertas acciones, y la de *attachment* (contacto, vínculo), en el sentido de entregarse en cuerpo y alma a alguna cosa. En razón de esta ambigüedad, a veces he empleado *engagement* (compromiso, promesa, obligación) allí donde emplearía en esta obra el término *involvement*. (Goffman, 2008: 290)

Ya hemos dicho que las personas que se encuentran en escena lo hacen porque tienen algo que hacer en esa escena, de otra manera se encontrarían en otro lado. De esta manera el compromiso es una relación social que crea vínculos con otras personas que a su vez pueden estar organizadas en camarillas, de tal manera que, dada la importancia de mantenerse en un lugar acompañado por otros y de mantener a flote la interacción, el compromiso crea relaciones de obligación hacia con otros. Una persona consumidora de sustancias ilícitas, por ejemplo, se rodea de otros consumidores de drogas y generan la situación de consumo la cual implica que la persona se encuentre comprometida en dicha situación; la persona ha decidido estar ahí porque le interesa llevar a cabo esta actividad.

Al ser un vínculo de obligación mutua, la persona se ve forzada a involucrarse con la camarilla dado que le es importante mantenerse ahí por interés y compromiso. Al verse implicado con la camarilla de consumo, la persona se ve obligada a invertir tiempo y dinero para aprender la técnica y a disfrutar los efectos que pueden producirle el consumir las sustancias, para comprar la drogas, para llegar con la camarilla en el lugar que frecuentan para consumir. Al aprender el paquete de la camarilla de consumo, la persona aprende a sortear las diferentes problemáticas que puede pasar un consumidor con personas no consumidoras que ven la actividad como algo excéntrico, criminal, loco o enfermo; así el paquete ya incluye situaciones de posibles problemáticas con parejas, policía, compañeros de trabajo, profesores, etc.

Sin embargo, las personas no solo portan una cara, es decir, mantienen diferentes *yo*es en grupos diferenciados y en situaciones distintas. De esta manera, un consumidor de sustancias ilícitas no es únicamente un consumidor todo el tiempo, puede ser que se encuentre comprometido en otras situaciones, en otras camarillas y con otros paquetes en los que se presenta de manera distinta a como lo hace en la camarilla de consumo, es decir, puede que sea padre de familia o hijo, que sea estudiante en una escuela, que sea trabajador en un establecimiento comercial o fábrica, entre otras actividades y rótulos para esas actividades donde presenta *yo*es distintos. Esto es algo problemático para la persona debido a que cada actividad implica el involucramiento de la persona en la creación de compromisos en varias camarillas, es decir, se tiene el conocimiento de que el paquete estándar establece a la persona el eslogan de que *para todo hay tiempo*, lo que implica que la persona tiene que mantener un *ethos* acético que lo conduzca al equilibrio funcional y al éxito que ha determinado el paquete estándar que se supone las personas deben lograr en el sistema capitalista. Sin embargo, es problemático porque no se puede ser el mejor en todo sin que esto implique un tipo de sacrificio personal respecto a otras camarillas, esto tiene dos orientaciones.

La primera orientación tiene que ver con *para-compromisos*.¹⁰³ Las personas se encuentran siempre en situaciones en donde los compromisos implican

¹⁰³ Partiendo del texto de Erving Goffman (2008), *para-compromisos*, se extrae esta deducción teórica.

entregarse a los otros en ese momento de la actuación, es decir, se espera de las personas que se encuentran en interacción que estas se hallen atentas a los otros, sin embargo, puede darse la ocasión en que la persona tiene que salir de escena dado que han cumplido su objetivo en la situación o porque les incomoda seguir en escena. Los para-compromisos entonces sirven para dos cosas. La primera es para disimular una actitud inadecuada que afecte el compromiso con los otros; la segunda es porque la persona se da cuenta de que no podrá mantener el compromiso en la situación en la que se encuentra por lo cual decide abstenerse de tomar partida en la interacción. Así, los para-compromisos sirven para alejarse, de manera incógnita, sutil y cortés para poder llevar a cabo actividades que en determinadas situaciones se consideran normalmente como objeto de prohibición cuando se lleva a cabo la interacción. De esta forma, los para-compromisos que hacen posible abandonar una situación pueden darse usando *lugares de retiro* como baños y habitaciones, o puede darse el caso de que se empleen objetos portátiles como celulares o las manos (para ocultar un cigarrillo prendido en un lugar donde se prohíbe esta actividad) para lograr dicho objetivo de la manera más prudente y para dar la impresión de alejamiento de la situación no por incomodidad, sino por alguna otra situación que no afecte los compromisos establecidos en esa situación.

De esta manera, un consumidor de drogas evitara decirle a su esposa, padres, compañeros de trabajo o escuela y otras autoridades que se retira del lugar para consumir las sustancias, después de todo ¿quién informa a los otros que ira al sanitario a tirarse una flatulencia? Puede darse la ocasión en que la persona llegue “drogado” a alguna actividad como trabajar, estudiar en el colegio, llegar a su casa a descansar y se encuentre con personas no consumidoras. Ante esta situación, la persona emplea los para-compromisos para evitar que las personas descubran que se encuentra “intoxicado”, puede sacar un libro y evitar el contacto visual, puede saludar y retirarse a su habitación, puede evitar una conversación argumentando que irá al sanitario, etc. De esta manera, los para-compromisos evitan comprometer las obligaciones que se tienen con los otros de manera sutil, pero ¿qué pasa cuando no se puede mantener el compromiso?

Precisamente, la segunda orientación es comprometer los compromisos. Aquí, nos encontramos con el problema de observar que es lo que se espera de nosotros, que podamos mantener el control expresivo y nuestros diferentes *yoes* en todas y cada una de las situaciones que se nos presenten. Esto es difícil de lograr por distintas razones, pongamos el ejemplo extraído de la biografía de un consumidor de marihuana, al cual llamaremos X², cuando me encontraba estudiando a las camarillas de consumo de esta sustancia en 2014.

Nos encontramos con una persona que consume sustancias ilícitas en una camarilla estable, pero esta persona no solo es consumidora; tiene novia y su familia nuclear, a su vez es el primer hijo de su familia; trabaja en un taxi en la ciudad de Pachuca; además se encuentra estudiando una licenciatura en Derecho de manera presencial en la universidad. Así, esta persona tiene por lo menos la presentación ante otros de seis *yoes* (consumidor, novio, hijo, hermano, empleado y estudiante). En cada una de sus interacciones con estos grupos tiene que mantener sus obligaciones hacia con los otros en estas situaciones. Sin embargo, se encuentra más tiempo con la camarilla de consumo ya que ahí es el lugar donde le agrada estar, donde le gusta la actividad que lleva a cabo. Esto implica que le invierte más tiempo del necesario, ya que bien podría dedicarle a este grupo solo un par de horas a la semana. Para poder hacerlo, tiene que disponer del tiempo que le podría dedicar a su familia, trabajo y escuela. La familia le pide tiempo de calidad con sus hermanos, padres, sobrinos y novia; el trabajo le exige que se encuentre disponible a cualquier hora del día, dado que es un trabajo de subcontratación con horarios mixtos, para conducir el taxi. La escuela le exige estar asistiendo a clases, realizar lecturas y tareas a lo largo del semestre. La camarilla de consumo le pide tiempo para poder consumir las sustancias, comprarlas y compartir el *viaje*.

Lo anterior supone un problema en términos de compromiso ya que, si se desea ser el mejor ejemplo familiar, esto implica involucrarse con todos los miembros de su familia en términos de calidad, pero para hacerlo necesita disponer del tiempo dedicado al trabajo de taxista, que no se lo deja nada fácil por los horarios; el tiempo para hacer sus actividades escolares y sacrificar su consumo. Si se desea ser un buen profesionalista de Derecho, la persona tiene

que sacrificar el tiempo de calidad que podría pasar con su familia; el tiempo que dispone para cuando lo llamen de su trabajo; y el consumo de sustancias ilícitas. Si se desea ser un buen empleado, debe involucrarse en la camarilla para serlo, al hacerlo, deja de lado sus relaciones familiares, escolares y de consumo. Si se desea ser un consumidor habitual de drogas, tiene que sacrificar el tiempo que podría dedicar a sus otros tres compromisos.

Esto suena determinista, sin embargo, no estamos diciendo que la persona abandone del todo las relaciones y obligaciones con sus otros grupos, pero si decimos que se compromete más con un grupo que con otros. Esto acarrea una serie de conflictos para la persona que no puede mantener sus compromisos con todos los grupos, es decir, ha comprometido sus obligaciones con otros para mantenerse constante en lo que a la persona le interesa. Sin embargo, vale la pena sacrificar a los otros tres grupos en pro de la familia, el trabajo y los estudios ya que son metas culturales legítimas y deseables dentro del paquete estándar hegemónico, pero por supuesto, está mal dedicarse a una vida de consumo de sustancias ilícitas porque esa no es una meta cultural viable que el mismo paquete estándar ha clasificado como una desviación social.

De esta manera, podemos observar que, si no existe adicción como enfermedad, la adicción existe como un problema de comprometer compromisos con otros grupos sociales de membresía; así las personas que consumen, no es que tengan dependencias orgánicas, sino que el discurso de la adicción como enfermedad mental es un discurso moral y político de control social para actitudes poco deseables y culturalmente percibidas como dañinas en el cual creen las personas que lo encarnan como real y que es real en sus consecuencias. Por lo tanto, las personas no tienen un problema de salud mental u orgánico, sino que tienen problemas con los contenidos del paquete estándar que se ha impuesto mediante el poder de la inercia como la mejor manera de hacer las cosas de forma que ha quedado institucionalizado. Lo que las personas que consumen sustancias ilícitas tienen es un compromiso más estable con la camarilla de consumo y con el consumo mismo que con las metas culturales del paquete estándar. La intoxicación con sustancias ilícitas es deseable para las personas, no un ente invisible que los impulsa a sacar lo

peor de ellos. Es mejor visto divorciarse en aras del progreso personal profesional y laboral que por consumir drogas. Es mejor percibido ser un padre, hijo, esposo y hermano en aras de salvaguardar los valores hegemónicos de Estado que ser un *yonqui* con ideas subversivas.

A pesar de que se ha establecido que la drogodependencia existe:

No se conoce aún un mecanismo neural común de la dependencia de las drogas, pero es importante mencionar que la estimulación de ciertas áreas del cerebro, como la región del fascículo medio del cerebro anterior, suscita en animales de experimentación, monos y ratas, una compulsión a la estimulación reiterada, es decir, una especie de <<adicción sin droga>> (De la Fuente, 2015: 460).

Hemos visto que la sustancia por sí misma no causa los efectos de las drogas, para que un consumidor de sustancias ilícitas se consolide, según la teoría interaccionista de la desviación, primero debe aprender la técnica en que debe suministrarse (cantidades, forma de suministro, etc.); posteriormente debe aprender a percibir los efectos de tal forma que la ingesta de sustancias haga lo que debe de hacer según la enseñanza del grupo con el que está usando esas sustancias; por último, debe de aprender a disfrutar los efectos, a sentir placer, a controlar la sustancia¹⁰⁴.

Aún más interesante, según de la Fuente (2015) las únicas sustancias que producen síndrome de abstinencia, requisito fundamental según la OMS para que exista la drogodependencia, son la heroína (la cual ha sido desmitificada por el trabajo de A. Lindesmith), el alcohol y el tabaco. Según el autor, la marihuana, las anfetaminas, el LSD, la cocaína tienen poco riesgo de que produzca síndrome de abstinencia, incluso la posibilidad es casi nula.

Hemos revisado hasta aquí dos dimensiones para comprender el fenómeno del consumo de sustancias ilícitas; en la primera, revisamos como se pasó de ser un consumidor de sustancias ilícitas a un criminal debido a la intervención del Estado Penal; en este segundo capítulo, trabajamos la dimensión de la

¹⁰⁴ Este paso los psicólogos y psiquiatras lo confunden con la tolerancia siendo que el usuario ha aprendido a controlar los efectos y a organizar sus sensaciones de tal forma que la sustancia es asimilada de forma distinta a cuando se es un consumidor novato. Para llegar a esta última etapa de aprendizaje el consumidor se deberá encontrar como consumidor ocasional o habitual (Ángeles, 2015)

adicción como enfermedad mental creando así la imagen de que el consumidor de sustancias ilícitas necesita atención médica, por lo cual es una transición de un Estado que criminaliza el consumo a un Estado en el que los consumidores se vuelven objeto de pacientalización e internamiento en una institución como el CEAIA debido a la elaboración de un paquete con distintos elementos que hacen posible el internamiento terapéutico. Sin embargo, pese que en este capítulo desmitificamos el consumo de drogas como una enfermedad y le dotamos el sentido de problemas de la vida al no poder cumplir con los compromisos contraídos por una persona, esto no exime la existencia del CEAIA como una institución erigida para tratar de “curar” una enfermedad que no existe. El uso del mito de esta enfermedad sirve de pauta para no responsabilizar a las personas de sus actos, para dotar de legitimidad las campañas morales que fueron concebidas y conceptualizadas desde las distintas organizaciones, como la medicó-psiquiátrica o la jurídica, para evitar enfrentar los problemas de la vida cotidiana como algo conflictivo y creando así una imagen de un enfermo que necesita atención psiquiátrica. En este sentido, nuestro siguiente capítulo se encargará de observar las características y el *mundo* que se construye en el CEAIA a partir de su mito fundante.

CAPÍTULO TRES

El CEAIA como institución total para el tratamiento a las adicciones

¿A qué llamamos “medicalización”? A una modalidad discursiva en constante expansión, iniciada en el siglo XVIII, reforzada después de la primera mitad del siglo XIX, decretada oficialmente como política de los estados a partir de la nacionalización de la medicina en Inglaterra en 1942, que dio lugar en todo Occidente a la constitución de “institutos de seguro social” y cada vez más visible a medida que avanza el siglo XXI, por el cual diferentes, cuando no todos, los aspectos de la vida humana son vistos y tratados en términos de “saber médico”, supuestamente científico, avalado por cifras y estadísticas que muestran a las claras dónde está el bien (la “salud”, equiparada a la normalidad) y dónde el mal, la “enfermedad” que nos acecha.

Nestor A. Braunstein

En capítulos anteriores, hemos revisado como se pasa de ser un consumidor a un criminal; posteriormente la entrada de la figura retórica del consumidor como enfermo mental; lo que tratamos de resolver en este capítulo es ¿Cómo se desarrolla la situación del interno en una institución de rehabilitación como el CEAIA a consecuencia del Estado terapéutico que considera a los consumidores de sustancias ilícitas como enfermos? Esta pregunta tiene por objeto describir el proceso de pacientalización en una institución como lo es el CEAIA.

El antecedente más próximo a este tipo de institución con características totales y de corte híbrido, dado que posee características de un reformatorio carcelario como de un instituto de salubridad mental, se dio en el año de 1930 cuando la Oficina de Prisiones y Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos de América puso en funcionamiento un centro de tratamiento de carácter obligatorio para usuarios de drogas en Lexington, Kentucky.

A partir de este modelo de institución, muchos países en todo el mundo han abierto centros con un sistema de voluntariados o comunitarios, aunque estos son de carácter no obligatorio, muchas personas siguen siendo ingresadas a la fuerza argumentando la “falta de fuerza de voluntad” de los individuos que “son esclavos a las drogas”.

En 2015, la Organización de las Naciones Unidas lanzó un informe titulado *de la coerción a la cohesión: Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*, en el cual hace un llamado a poner fin a este tipo de instituciones que obligan a las personas a tomar tratamientos médico-psiquiátrico-religioso. Sin embargo, este tipo de centros se encuentran aún en operación en países como Guatemala, Perú, Ecuador, Brasil, Uruguay y en México. En este último, a partir de 2007, se abrieron Centros Nueva Vida para la atención a las drogodependencias; siendo el Estado de Hidalgo la prueba piloto a nivel Federal para la aplicación de un centro de internamiento “no obligatorio” financiado por el Estado.

Estas disposiciones han sido creadas a partir de que se ha solicitado que el tema de consumo de drogas no sea considerado un tema penal, sino un tema de salud pública. Sin embargo, como revisamos en nuestro primer capítulo, la

persecución policiaca a nivel municipal, estatal y federal de consumidores de sustancias ilícitas continúa siendo una constante. Por estos motivos, es indispensable comprender que es lo que sucede en materia de salud pública en esta prueba piloto, cabe mencionar que estas observaciones fueron realizadas del 01 de febrero al 31 de mayo de 2017, con sesiones de talleres los días lunes, miércoles y viernes con una duración de dos horas por sesión, un total de 51 sesiones, 102 horas de observaciones y diálogos naturales con empleados y con internos del CEAIA, con un número de internos referente a 40 casos entre infantes y adultos¹⁰⁵. Algunas ocasiones se acudió a la institución para solicitar información sobre el internamiento de alguna persona cercana a mi vida cotidiana, las conversaciones en esas ocasiones fueron grabadas de manera encubierta y salen del periodo antes mencionado.

3.1 La dimensión de los centros de atención a las adicciones

Esta es la tercera dimensión de las que tratamos en esta tesis recordando que en el primer capítulo tratamos la dimensión del consumo y en el segundo la dimensión de la adicción. Esta dimensión trata sobre el surgimiento de centros de rehabilitación a las “adicciones”. En la primera mitad del siglo XX, A. Gross argumenta que “los psiquiatras yerran... cuando persisten en creer en aquella noción de terapia por medio de la privación. Además... nuestros pacientes incurren en el mismo error, comparten esta creencia” (Le Poulichet, 2012: 20). De esta manera los herederos espirituales de Sigmund Freud intentan abrir una clínica psicoanalítica de las toxicomanías con lo cual tuvieron que apartarse de la concepción médica de lo que se hizo llamar *sustancia toxica*; sin embargo, los trabajos que de esta corriente se desprendieron no fueron consideradas, por lo que para entender y tratar la toxicomanía la inclinación fue hacia las toxicomanías de corte psicofarmacológicas.

En México, la tarea de tratar a las personas que consumen sustancias consideradas como drogas por parte de la disciplina de la psiquiatría tiene apenas 49 años de existencia, a partir de la entrada de las asociaciones civiles

¹⁰⁵ Clasificación realizada por el CEAIA según la edad de las personas, es decir, por características biologicistas.

como los Centros de Integración Juvenil quienes fueron pioneros en el tratamiento de las adicciones.

A sabiendas de que este tipo de tratamientos se incorporó en el mundo desde los dictámenes establecidos por los psicólogos y psiquiatras positivistas franceses a mitad de siglo XX que luego se implementarían en México nos lleva a preguntarnos ¿Qué pasaba con las personas que consumían drogas antes de estos acontecimientos? Pues bien, algunos registros sugieren que antes de ser tratados como enfermos, los consumidores eran considerados criminales así “entre las causas de ingreso a las prisiones, a finales del siglo XIX y principios del XX, se encuentran más seguido la ebriedad y riñas, raras veces el consumo de marihuana, opio y sus derivados o cocaína” (Astorga, 1996 :18).

En cuanto al CEAIA, no se ha encontrado ningún documento que contenga las actividades que se realizan en estos centros para la atención de las adicciones; durante el proceso de recaudación de información sólo los portales de periódicos virtuales dan cuenta de cómo se inició ese proyecto para la prevención y tratamiento de las adicciones en México. Hacia el año 2009, por medio de la publicación en el Diario de la Federación, se da a conocer la Norma Oficial Mexicana (NOM) 028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (2016) el cual proporciona un protocolo de acción para el tratamiento de las adicciones. Esta norma da por sentado que las adicciones a las sustancias estimulantes, depresoras y alucinógenas son iguales en lo que concierne a sus efectos, enmarcando a la marihuana como una droga tan dura como la cocaína o la heroína; siguen sosteniendo que quien consume marihuana o cualquier otra droga tiene tendencias hacia la delincuencia y se pone en énfasis la *teoría de la escalada de drogas* que propone que quien consume marihuana tiende a consumir drogas cada vez más fuertes, como vimos en el capítulo anterior.

Así, se puso en marcha una estrategia de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), durante el periodo del ex presidente Felipe Calderón Hinojosa. La llamada *Campaña Nueva Vida* (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2016a) lanzó como proyecto la creación de centros de atención para la

prevención de las adicciones en 2007; durante la primera etapa del proyecto se abrieron 70 unidades Centro Nueva Vida (CNV) para ese fin (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2016b). Sin embargo, y aunque los medios informativos aún se cuestionan esto, durante 2007 se lleva a cabo la así llamada “Operación Dragón” por parte del gobierno federal en donde se confiscaron 205 millones de dólares al Sr. Zhenli Ye Gon (Reyes y Cruz, 2016), dinero que supuestamente se destinó para la segunda etapa del proyecto de SEDESOL con la que se lograron construir 310 CNV, de los cuales cinco se encuentran en el Estado de Hidalgo en Ixmiquilpan, Tula, Ciudad Sahagún, San Felipe Orizatlán y Pachuca de Soto en calidad de UNEMES-CAPA y no como centros para el internamiento de personas con alguna adicción. Con ese dinero se logró financiar también la construcción de dos hospitales, a nivel nacional, para el tratamiento de las adicciones llamados CEAIA (Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones) ubicado en Pachuca de Soto, Hidalgo; y el CAIA (Centro para la Atención Integral de las Adicciones) en la ciudad de Tulancingo, Hidalgo.

La pertinencia de estudiar al CEAIA radica en que es el hospital pionero para la atención de las adicciones, en el ámbito consideras a las adicciones como un problema de salud pública. De esta manera, inicia una campaña de salud pública para intentar diagnosticar y curar de la supuesta enfermedad mental que son las adicciones en las personas que consumen alcohol, tabaco y otras drogas en calidad de enfermos y no como delincuentes. Sobre esta temática no existe a la fecha información científica publicada sobre los CNV y los hospitales que atienden estas “enfermedades”, como tampoco existen datos fidedignos de epidemiología nacional que nos muestren datos exactos de las repercusiones de estos tratamientos a la salud pública por el consumo de estas sustancias.

Respecto a centros penitenciarios, CNN México a través de su portal (CNN, 2014) “*senadores proponen ‘suavizar’ las penas por posesión de marihuana*” el 19 de marzo de 2014, donde el senador y presidente de la Comisión de Justicia del Senado Gil Zuarth, basándose en el primer informe del presidente de la república mexicana Enrique Peña Nieto, hace un análisis el cual nos dice que en 2013 los penales mexicanos cerraron el año con una sobrepoblación del 23% ya que había 246 mil internos cuando solo había capacidad para 200 mil.

Además, nos menciona que 40.3% de los presos por delitos contra la salud corresponde a encarcelados por consumo y posesión de drogas ilícitas.

Expuesto lo anterior, es posible observar las condiciones de sobrepoblación en las penitenciarías que se reduciría al desestigmatizar a personas en posesión o consumo de marihuana¹⁰⁶ y como es necesaria una intervención de otro tipo, aunque la hospitalización no es la mejor vía, para tratar a las personas que consumen drogas ilícitas.

Es precisamente aquí donde la investigación sobre la criminalización de estas personas tiene su importancia ya que, como principios básicos de la propuesta de Becker (2009a), se tiende a poner en tela de juicio los postulados sobre el fenómeno de consumo de drogas que se han hecho parte de la opinión pública; como antecedente previo a la investigación que aquí se desarrolla (Ángeles, 2015), se propuso desmitificar al consumidor de marihuana como poseedor de una adicción, lo que se propone aquí es pensar al consumidor como una persona que no es un criminal, si viene siendo cierto que algunos consumidores de marihuana llegan a cometer actos delictivos como el robo, no todos los consumidores de marihuana u otras sustancias ilícitas se ven impulsados a cometer ese tipo de acciones. Becker (2009a) nos dice que se debe tratar al desviado como una persona con una desviación particular y no como si fuera portador de todo tipo de desviaciones, es decir, un desviado general. Sin embargo, para el caso que aquí nos interesa estudiar, el desviado será el consumidor (*desviación pura*) que se encuentra en situación de interno en un centro de atención a las adicciones.

Así pues, el conflicto con policías para su criminalización no es el único problema de esa índole para el consumidor. También tiende a enfrentarse a sus padres, a su pareja, hijos, vecinos, jefes de trabajo, compañeros de oficina y otros actores que aparecen situacionalmente en su vida, lo que produce una etiqueta con una carga altamente desacreditadora de su imagen al ser exhibida su actividad, ello le puede causar algún tipo de daño colateral por la portación

¹⁰⁶ Sobre la despenalización de uso, consumo, portación y siembra de marihuana en México véase la iniciativa firmada por el presidente Enrique Peña Nieto que lleva por nombre Iniciativa Marihuana MX.

de ese rotulo al ser descubierto y etiquetado como un desviado o adicto a las drogas.

3.2 Acercamiento al concepto de drogodependencia y las instituciones encargadas de la terapia como el CEAIA

Los estudios sobre las conductas desviadas tienen una larga tradición científica. Desde la fundación de la criminología clásica en Italia con Cesare Beccaria hasta nuestros días se ha intentado buscar una explicación a las conductas delictivas y a la desviación de los parámetros de lo que se considera, tanto normativa como consensualmente, normal.

I. Taylor, P. Walton y J. Young (2007), explican que los primeros intentos por superar de manera científica el problema del delito fueron más sociales que biológicos con la implementación de modelos matemáticos y estadísticos, principalmente de Quetelet y Guerry en sus estudios sobre el crimen en Francia, cuyo descubrimiento fue que el delito no era producto de inclinaciones individuales sino más bien era un rasgo ordinario de la actividad social. Esta tendencia se mantuvo por unos cincuenta años posteriores a 1857, cuando se inició el estudio de estos dos científicos, dándole a la desviación y a la delincuencia un enfoque sociológico. Sin embargo, para 1876 con los estudios de Cesare Lombroso, a quien se le considera el fundador de la escuela positivista biológica, se retira el carácter de lo desviado de la perspectiva sociológica para dotarlo de un individualismo con características somáticas que provocaban la acción desviada como un acto degenerado lo cual tenía que ver, además de la influencia neurológica, con factores ambientales. Sobre el mito lombrosiano, parafraseando a Lindesmith (Lindesmith en Taylor, 2007), los científicos sociales fueron despojados de los estudios sobre desviación surgiendo como expertos en el tema los médicos en un acto de toma de poder por monopolizar el conocimiento del tema creando una bibliografía excluyente que solo consideraba el conocimiento médico para explicar la criminología, considerada como una rama de la misma disciplina, haciendo caso omiso de las explicaciones antropológicas y sociológicas.

Al considerar lo anterior, existe una preocupación por explicar los fenómenos de la desviación retomando la postura sociológica, principalmente la del

interaccionismo de la desviación con la intención de dar a conocer una representación que explique el fenómeno del consumo de drogas lícitas no desde el determinismo biológico de sus efectos o desde un principio terapéutico que vea al consumidor como un *enfermo*, dando por hecho esos supuestos; la propuesta que aquí se expondrá tiene la intención de desmitificar las certezas “científicas” de aquellos que se han adueñado del campo, es decir, el paquete de conocimientos de los comportamientos así llamados desviados para abrir el panorama y el campo a múltiples disciplinas que puedan realizar estudios del tema sin que sus investigaciones estén plagadas de determinismos y prenociones que no se han puesto en tela de juicio desde el siglo XIX.

A lo largo de la historia de la humanidad, las drogas han acompañado la vida cotidiana de los hombres¹⁰⁷ de tal manera que se tienen registros de fibra de adormidera proveniente de Europa y Asia Menor, así como de cáñamo originario de China fechados hacia el año 4000 antes de Cristo (Escohotado, 2014: 15). Sin embargo, se le comienza a considerar un “problema” de salud pública en México a finales del siglo XIX como la siguiente sentencia lo sugiere:

Desde 1878 existía ya una preocupación por controlar las denominadas sustancias peligrosas. Así, a propuesta del consejo Superior de Salubridad Pública, el gobierno del D.F., Luis C. Curiel, dispone de los propietarios de boticas, droguerías y fábricas de productos químicos en la capital del país [para que] observen ciertas reglas, como la de no vender tales sustancias, sino por prescripción médica y garantizar su pureza. (Astorga 1996: 18)

Esto sugiere la intervención de los médicos en cuestiones de suministro y venta de drogas, así como para autorizar el uso de esas sustancias, hoy día ilegales. Por tanto, podemos dimensionar el fenómeno en dos situaciones particulares, por una parte, tenemos el uso de sustancias ilícitas como un problema de salud pública¹⁰⁸ y por otra parte el tráfico de esas sustancias como un tema en “la

¹⁰⁷ Permítaseme ocupar el término *hombres* de manera inclusiva de tal manera que al referirnos a esa palabra hablamos tanto de varones como de mujeres.

¹⁰⁸ Para más detalles sobre la participación de la disciplina jurídica en la prohibición de las drogas, así como el ingreso de los médicos, psiquiatras y psicólogos al fenómeno véase *sobre las teorías en las disciplinas psicológica, médica y derecho en la mitificación sobre el consumo de marihuana*, pág. 18-59, en *la construcción social de la carrera desviada: una desmitificación de los(as) consumidores(as) de marihuana con etiqueta de drogodependientes en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo*. (Ángeles: 2015)

agenda de relaciones bilaterales México-Estados Unidos desde principios del siglo XX” (Astorga, 2015b: 9). Estas relaciones se han fortalecido con la firma de diez tratados durante el siglo XX en un intento forzado por controlar la distribución, compra, venta y consumo de sustancias que, supuestamente, son el mayor problema de salud pública del país, a los gobernantes “se le[s] olvidó o ignoraba[n] que la diabetes mellitus era la principal causa de muerte en México desde hacía varios años” (Astorga, 2015a: 32).

La política antidrogas ha creado un Estado policiaco y ha sacado a los militares de sus cuarteles. A pesar de la fuerte inversión pública y los esfuerzos por erradicar el crimen organizado, no se han observado resultados favorables; de hecho, han tenido como consecuencia que día con día se manifieste en altísimos costos humanos y sociales tanto local como globalmente. Ante la aparentemente útil guerra contra las drogas con resultados negativos, durante la primera y segunda década del siglo XXI, algunos Estados de E.U.A. han optado por la legalización para uso medicinal y recreativo de la marihuana, así también países que han visto en la guerra contra las drogas una serie de batallas perdidas han optado por la regularización de la cannabis (España, Uruguay y Portugal) y políticas de salud pública, como proporcionar jeringuillas nuevas a los consumidores de heroína, para controlar enfermedades como el VIH-SIDA (Barroja, 2000).

Si se considera el fenómeno de las drogas como un problema de salud pública, es necesario conocer que instituciones son las encargadas del tratamiento de las drogodependencias, no sin antes recordar que hemos tratado a la adicción como un mito psiquiátrico.

En México existe tres posibles lugares que tratan a las personas consumidoras de sustancias ilícitas. Una de ellas son los Centros de Integración Juvenil A.C. que, desde 1969, han atendido la drogadicción en México, de tal forma que para 2014 contaban con “116 unidades distribuidas a lo largo del territorio nacional, en las que un equipo interdisciplinario de 1,325 personas, apoyadas de 7 mil voluntarios” (Centros de Integración Juvenil, 2016) brindaban el servicio de tratamiento a las drogodependencias; para 1983 ya contaba con

apoyo económico por parte del gobierno. Este tipo de institución es de carácter de asociación civil con lo cual no tiene fines lucrativos.

Por otra parte, existen centros privados para el tratamiento de las adicciones, instituciones con fines lucrativos. Aquí encontramos dos tipos de centros para la atención de las drogodependencias, entre los primeros se encuentran instituciones como Oceánica¹⁰⁹, una institución que cuenta con terapia especializada y profesionalizada para la atención de drogadicción, alcoholismo, farmacodependencia, codependencia, trastornos de conducta alimentaria y ludopatía. Por otra parte, encontramos los muy frecuentados “anexos” o “granjas” en donde se aplican pseudoterapias para el tratamiento de las adicciones; varios informes periodísticos han puesto en evidencia los tratos inhumanos y las técnicas poco ortodoxas para rehabilitar a las personas que consumen sustancias ilícitas; estos establecimientos lucran con las aportaciones de los familiares para mantener a los consumidores dentro para que posteriormente puedan salir “rehabilitados” (noticieros televisa, 2018; Sierra, Arturo, 2014).

Por último, se puso en marcha una estrategia de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), durante el periodo del ex presidente Felipe Calderón Hinojosa, llamada *Campaña Nueva Vida* (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2016a), lanzando como proyecto la creación de centros de atención para la prevención de las adicciones iniciando en 2007.

A manera de recapitulación, durante la primera etapa del proyecto, 70 unidades Centro Nueva Vida (CNV) para ese fin (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2016b). Esto fue posible gracias a la incautación de dinero decomisado por el gobierno federal en 2007 a Zhenli Ye Gon; con este dinero se logró, según la versión oficial del gobierno federal mexicano, financiar también la construcción de dos hospitales, como prototipos a nivel nacional, para el tratamiento de las adicciones llamados CEAIA (Centro Estatal para la Atención Integral de las Adicciones) ubicado en Pachuca, Hidalgo; y el CAIA (Centro para la Atención Integral de las Adicciones) en la ciudad de Tulancingo,

¹⁰⁹ Esta información fue obtenida mediante correo electrónico con la institución el día 26 de agosto de 2016. Véase la carta en anexos.

Hidalgo, de los cuales en este apartado únicamente nos abocaremos a la investigación del CEAIA.

La diferencia entre estos centros es que en la asociación civil se le trata como una persona con problemas de consumo; en la institución del Estado al consumidor se le trata como un enfermo; en las instituciones privadas se les trata, en el caso de oceánica, como un cliente; mientras que en las granjas y anexos se les trata como criminales. Dada esa situación, lo que nos interesa conocer es la atención al consumidor como enfermo mental con la intención de confrontarnos con los discursos científicos desde la psiquiatría, la medicina y la psicología, discursos que no se han puesto en tela de juicio desde el siglo XIX.

3.3 El internamiento terapéutico de los consumidores de sustancias ilícitas en una institución total: el enfoque del interaccionismo de la desviación

Hasta ahora hemos revisado los tipos de instituciones que pueden tratar a los consumidores de drogas ilícitas, no sin antes decir que pueden existir otras formas y tipos de organización que puedan ayudar a las personas que requieren, de manera voluntaria, apoyo para restaurar sus compromisos rotos con grupos que el paquete hegemónico ha establecido como lo que debería de importarnos en la vida; asimismo, hemos revisado los enfoques para el tratamiento de estas personas. Cabe resaltar ahora la postura que aquí se asume para el entendimiento del consumo de sustancias ilícitas.

Como ya lo hemos mencionado, los estudios de la desviación y de la criminalidad fueron en primera instancia de corte científico social hasta la propuesta de Lombroso y su positivismo biológico. Sin embargo, un sociólogo volvió a incursionar en el tema de la desviación rechazando el individualismo analítico comprendiendo que el mundo no era simplemente el resultado de la acción individual con su concepto de “hecho social”, no referimos a Emile Durkheim que “entendía que la sociedad no era el reflejo directo de las características de sus miembros individuales. Las personas no podían elegir” (Taylor *et al.*, 2007: 91). La importancia de este acontecimiento es regreso al juego de las ciencias sociales a la temática de cuestiones del crimen y el delito creando una ruptura con el positivismo. Sin embargo, el poder que habían

adquirido los médicos como expertos en el tema sigue perdurando hasta nuestros días.

A pesar de que las ciencias sociales volvieron al juego, posteriormente surgieron posturas que retomaban la metáfora médica para explicar los síntomas desviados:

Retomando el tema de la desviación, desde la postura sociológica también se han creado teorías que compaginan con la postura médica, me refiero al estructural funcionalismo de Talcott Parsons y Robert K. Merton. Su postura se encamina a ver a la sociedad, o parte de ella, con síntomas desviados que atentan contra la supervivencia de la sociedad. Se dedican a ver los síntomas del desarreglo social y por ello observan los rasgos sociales que fomentan la estabilidad, por ende, estables y funcionales, y los rasgos que atentan contra la sociedad, como rasgos que son disfuncionales. (Ángeles, 2015: 66)

Ante la presentación del estructural funcionalismo como “paradigma” que explicaba al mundo en su totalidad y al adquirir el carácter de idea dominante en las academias, surge en la Escuela de Chicago la necesidad de explicar los fenómenos desviados no como una patología o malestar moral, sino como una actividad más que llevan a cabo los seres humanos. En ese sentido Howard Becker (2009a) en su obra *outsiders: hacia una sociología de la desviación* propone la teoría interaccionista de la desviación que tiene varios puntos que son novedosos para la explicación de las actividades percibidas como vicios, excentricidades, delitos, locura, aberraciones y actos de inconformismo contra el *establishment*.

Becker (2009a) propone estudiar a la desviación y no al desviado como una persona con una desviación específica y no como un desviado general; esta afirmación está sustentada en el mundo cotidiano al tratar al consumidor de sustancias ilícitas como un delincuente. Si bien es cierto que algún delincuente (llámese asaltante, por ejemplo, y aplicándolo en términos jurídicos) puede consumir marihuana, no todos los consumidores de marihuana son delincuentes. De hecho, el término consumidor, llevándolo a la construcción teórico-conceptual del objeto de estudio que aquí nos planteamos estudiar, tiene una ventaja epistemológica al contrario del término adicto:

Decidí evitar de manera deliberada el uso de la palabra “adicción” para describir la actividad, [...] me pareció que la palabra contenía una falsa presuposición. [...] esta variación lingüística menor suponía que las personas que fumaban marihuana participaban en una práctica inofensiva y por lo tanto no deberían padecer acoso de la justicia. No estaban errados, desde luego. (Becker, 2015: 256)

Ahora bien, no basta sólo con ser un consumidor de sustancias ilícitas para que al consumidor se le trate como un desviado, Becker refiere que existe la posibilidad de ocultar la actividad tomando la actitud de lo que llama *desviación secreta*; sin embargo, cuando se exhibe la actividad de fumar marihuana (*desviación pura*) es cuando pueden ocurrir o no interacciones conflictivas que pueden poner en aprietos a la persona que consume marihuana. ¿Por qué decimos esto? La corriente de pensamiento a la que nos suscribimos sugiere no tratar al consumidor de marihuana como un desviado en sí mismo ya que eso supondría internalizar la desviación desde el sentido común o desde las preconociones científicas de la psicología o psiquiatría, sino más bien esa desviación es consecuencia de que determinados grupos sociales han creado la forma desviada a partir de la creación y establecimiento de normas cuya infracción determinará al desviado. En ese sentido la *desviación* debe entenderse con cuatro variaciones como y observamos en las nociones preliminares al inicio de este trabajo

Lo anterior sugiere que, dependiendo de esas variables, un consumidor de drogas ilícitas puede o no ser sancionado por realizar su actividad de consumo, sin embargo, esto tiene que ver también con la percepción que se tiene de la misma, Becker explica esto con el siguiente ejemplo:

El acto de inyectar heroína en una vena no es desviado en sí mismo. Si una enfermera administra drogas a un paciente siguiendo indicaciones de un médico, todo está perfectamente en orden. El acto se convierte en desviado cuando se hace en forma que, públicamente, se considera indebida. El carácter desviado de un acto radica en la forma en que lo define la mentalidad pública. (Becker en Taylor *et al.*, 2007: 167)

Al remitirnos a este ejemplo, queremos decir que la desviación no es una cualidad del individuo sino más bien una creación de los otros, es decir, que para entender la desviación, en tanto a la teoría interaccionista de la desviación, es necesario considerar la *acción colectiva* que, retomada por

Becker de George Herbert Mead y H. Blumer, es pensar que las personas actúan juntas, por tanto su campo de acción se ve en el sentido de que “hacen lo que hacen con un ojo puesto en lo que los otros han hecho, están haciendo y pueden hacer en el futuro” (Becker, 2009a: 1999). Por otra parte tenemos que observar la *desmitificación de la desviación*, que es no caer en las certezas del sentido común en forma de discursos que los “expertos” en el tema han construido en forma de paquete estándar y que, por lo regular, juegan a favor del orden establecido; así, es indispensable considerar los *problemas morales*, es decir, enfrentarse a las críticas que otros científicos puedan hacer con la falacia *Ad hominem*, juzgando a los interaccionistas de la desviación de abrazar abiertamente normas poco convencionales, de rehusarse a apoyar las causas de orden establecido o de aparentar un apoyo a grupos “marginales” en contra del *establishment* pero favoreciendo al *status quo*.

El problema que aquí surge es que la teoría del interaccionismo de la desviación sugiere investigar cada desviación con sus particularidades, en este sentido se debe incursionar en cada droga y ver sus diferencias situacionales e interaccionales, sin embargo al estar estudiando el tratamiento terapéutico dentro de una institución CEAIA que es financiada por el gobierno, observamos que en estos centros no sólo se encuentran personas que consumen marihuana, encontramos personas que tienen relación con alguna de las ocho sustancias que los psiquiatras consideran como drogas, es decir:

Además del alcohol, droga de la que con más frecuencia se abusa en nuestro medio, hay ocho tipos de sustancias cuyo consumo puede conducir a la dependencia: opiáceos, cocaína, marihuana, depresores centrales sedantes e hipnóticos, drogas simpaticomiméticas, alucinógenos, sustancias inhalables y nicotina (De la Fuente, 2015: 459).

Lo anterior nos lleva a sugerir a ver a esta los diferentes tipos de consumidores concentrados en una característica común, ser internos en “rehabilitación” dentro de uno de estos centros. La propuesta que aquí se hace es que para poder incursionar en la situación de los internos, no solo se debe examinar a estos, sino a los diferentes equipos que forman parte del tratamiento del interno lo cual involucra a personal que ahí labora y a familiares que han llevado al “paciente” para que tome el tratamiento de forma “voluntaria”; de esta manera,

únicamente cuando se ha exhibido el consumo de estas sustancias, será la causa principal de encontrar a estas personas en situación de pacientalización en estos centros, como expondremos a continuación..

3.4 Características de un centro de rehabilitación para las adicciones: el CEAIA.

Hasta el momento hemos revisado la historia de la construcción del CEAIA como institución en Hidalgo como prueba piloto para poder ser aplicada a nivel nacional. Sin embargo, falta aclarar que características cumple para ser considerada una institución total. El CEAIA es una institución híbrida que cumple con las características del segundo grupo de instituciones totales, es decir, las que “son erigidas para cuidar a aquellas personas que, incapaces de cuidarse a sí mismas, constituyen, además una amenaza involuntaria para la comunidad” (Goffman, 2012: 20); pero además puede clasificarse dentro del tercer grupo que “esta organizado para proteger a la comunidad contra quienes constituyen un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos” (Goffman, 2012: 20). De esta manera, el CEAIA no es totalmente una institución de salud pública que trata a los consumidores de sustancias ilícitas como enfermos, sino que también aleja a este tipo de personas, por lo menos durante tres meses que dura el tratamiento por internamiento a sabiendas de que las personas que consumen drogas se les ha catalogado como delincuentes potenciales que no pueden controlar sus impulsos maniacos a causa de su “esclavitud” por las drogas.

Una forma más en cómo se nos presenta esta institución puede ser como una empresa moral, es decir, saber que las jerarquías más altas del sistema médico-psiquiátrico y altos funcionarios públicos son los encargados de configurar el paquete estándar sobre las adicciones y sus características. Al configurar estas ideas, crean una campaña moral en contra del mal que les aqueja, en este caso hemos revisado que se criminalizaba a los consumidores de sustancias ilícitas y posteriormente se les empieza a pacientalizar. Sin embargo, al no existir evidencia empírica que corrobore que efectivamente el hecho de consumir drogas produce en las personas la intención latente de delinquir o, inclusive, no existe la evidencia epidemiológica de la cantidad de

personas que mueren al año por intoxicación con estas sustancias para argumentar una campaña de salud pública. Ante este panorama, la campaña se presenta como una campaña moral en donde los jefes de la credibilidad, es decir, estas personas que han logrado configurar los elementos materiales, no materiales y situacionales del paquete estándar de las adicciones funcionan como empresarios morales, es decir, los que impulsan y promueven los elementos que hacen posible la campaña moral en contra del consumo de sustancias ilícitas. De esta manera, el CEAIA es en donde las ideas, discursos y mitos de los empresarios morales sobre la adicción se ponen en marcha, por ello podemos decir que se trata de una empresa moral en donde se llevan a cabo prácticas e interacciones que han tenido algún roce con otros organismos externos o políticas de estado en contra del consumo de sustancias, nos encontramos pues, frente a un intercambio de efectos.

Sin embargo, en el CEAIA no encontramos a estos empresarios morales, el personal que ahí labora funciona como ejecutores morales de lo que el empresario moral desea hacer con las personas que consumen sustancias ilícitas. Las personas que se encuentran ahí laborando de forma administrativa consideran que su quehacer puede rehabilitar y ayudar realmente a estas personas, aunque en el capítulo anterior hemos visto que la enfermedad de la adicción no existe; pero esto no lo dicen porque sean empresarios morales, es decir, hay gente que establece que la tierra se creó en siete días, pero lo dicen por ingenuidad, no por conciencia plena de este acontecimiento. En este sentido, el personal del CEAIA, que con su labor regular y cotidiana en esta institución logran establecer patrones de actividad repetitivos que configuran un mundo, deben ser tratados como ingenuos morales en el sentido de que creen que la adicción es una enfermedad que puede ser curada, ideas que son impulsadas por empresarios morales y que son ejecutadas en la empresa moral por los ingenuos morales.

Por último, este nuevo tipo de institución total posee distintas dimensiones analíticas tanto en el mundo del interno, el mundo del personal y las ceremonias institucionales que hacen posible la existencia del CEAIA como institución total. Así, veremos a continuación que esta institución se encarga de dar tratamiento a los internos donde las barreras con el exterior son un

elemento importante que las integran; en esta empresa moral, la vida de los internos se encuentra orientada en un mismo lugar y bajo las indicaciones de una única autoridad jerárquica; podremos observar como las actividades de los internos se encuentran estrictamente programadas en donde siempre se hacen de manera conjunta con otros internos; estas actividades son impuestas de manera jerárquica por el cuerpo administrativo de la institución; además, estas actividades son en calidad de obligatoriedad y están orientadas a cumplir los objetivos que la institución misma se ha propuesto realizar. De esta manera, la institución total tiene la característica de tener tendencias absorbentes de tiempo y actividades de los internos, esto explica las características totalizadoras de la institución.

Dadas estas breves características prosigamos a la explicación del proceso de internamiento en el CEAIA.

3.4.1 Las regiones naturales de la institución.

Antes de continuar, es necesario para el lector que no tiene la oportunidad de ver la institución del CEAIA proporcionarle una etnografía mapeada de las regiones naturales en donde se dan una serie de interacciones interesantes al respecto del CEAIA como institución total. Estas observaciones fueron realizadas en el periodo febrero-mayo 2017, sin embargo, nuestro primer acercamiento a estas regiones fueron gracias a un *tour* que nos proporcionó la directora de la institución antes de empezar a realizar la actividad de dar talleres de música y de ajedrez por nuestra parte; gracias a ello nos es posible describir la institución de la siguiente manera (véase fotografía 1 en anexos):

1. Estacionamiento
2. Recepción
3. Lado derecho –personal administrativo-
4. Lado izquierdo –personal médico y consulta externa-
5. Antesala
6. Residencia

1.- La dinámica de estacionamiento se compone por tres actores, personal de seguridad, padrinos y externos. El personal de seguridad externo consta de una persona por turno que se rola cada 24 horas y en este caso son elementos

de la policía industrial bancaria en donde observamos a un elemento femenino y uno masculino. Portan radios con auriculares (posiblemente de su celular o posiblemente conectado a su radio comunicador) portan arma de escuadra semiautomática. Los padrinos, es decir, un hombre para el área de infantes y adultos varones y la madrina para el área de infantes y adultos mujeres, salen al estacionamiento a fumar cigarrillos y platicar sobre los internos. Los externos, que se presentan en familiares de los internos, personal externo a la institución pero que pertenece al sector salud, se vieron también llegar personal de seguridad pública (policía municipal y estatal) que llevaban a los internos que fueron remitidos por PGR al CEAIA y señoras de los puestos aledaños al CEAIA que llevan comida para el personal administrativo.

En cuanto a secciones geográficas, podemos ubicar un estacionamiento exclusivo para el personal del CEAIA (lado derecho, visto de frente); también un área de estacionamiento para los externos, que incluye un cajón para personas con capacidades diferentes cerca de la rampa; y un tercer estacionamiento para patrullas y ambulancias en donde llegan a ingresar a los internos (fuera del área de consulta externa).

2.- La recepción se compone por dos actores que es el guardia de seguridad externo que permanece ahí hasta la llegada de la recepcionista, que en este caso es nuestro segundo actor. Aquí se desempeñan funciones de recepción de personal para registrar su hora de llegada; se registran los familiares de los internos para acudir a talleres o visitas (que son cada fin de semana en domingo); también se registran los ex internos que tienen que acudir a consultas médicas y psicológicas post internamiento por un periodo de un año y medio. En este lugar también se registran las personas que acuden a dar algún tipo de tratamiento, terapia o taller. La recepcionista puede realizar llamadas hacia las áreas de todo el CEAIA, por lo regular para avisar de la llegada de algún ex interno, de las personas que deseen pasar al área administrativa o residencial y también para llamar al personal para que recoja su comida que es realizada por encargos. Aquí también se puede proporcionar información previa, mediante trípticos y horarios de atención, sobre el internamiento o sobre los internos; tiene espacio para dejar mochilas o bolsas ya que en el reglamento está prohibido ingresar con estos utensilios.

El lugar cuenta con dos sillones para esperar la atención de algún miembro del personal; cuenta con una barra que divide simbólicamente el área de recepción y las áreas 3,4,5 y 6. Cuenta con un reloj para registrar la hora de entrada en tres libros, uno para los familiares y pacientes de consulta externa, uno para el personal del CEAlA y el último para registrar a personas que ingresan al área residencial. Cuenta con una cámara de seguridad periférica que registra visualmente a las personas que ingresan a las instalaciones; cuenta con una bocina que transmite música de radio. A la entrada, se puede observar una gran placa que contiene el nombre de instituciones u organizaciones que apoyan monetariamente a la institución (Bancos, empresas, ONG, instituciones de salud).

3.- En esta área se puede solicitar información especializada de corte administrativo que sirve como preámbulo antes de llegar a la dirección, se encuentran escritorios sin divisiones ni barreras entre ellos y se encuentran alrededor de 6 puertas que no permiten la visibilidad hacia el interior de ellas desde esta primera zona que es la de la secretaria de la dirección. Se encuentra una segunda sala de espera, garrafón de agua que despacha agua fría y agua caliente; baños para el personal de esa área; el área de recursos humanos, de almacén, de informática, dirección y dos más que no tienen letrero, pero contiene personal administrativo.

4.- En el área izquierda contempla una tercera área de espera específicamente para los ex internos que van a consulta y terapia psicológica. A la llegada, encontramos escritorios sin barreras divisorias que pertenecen a las secretarías del personal médico; se encuentran consultorios con puertas cerradas y ventanas esmeralizadas; un pasillo que dirige hacia dos baños para personal de esa área y externos a la institución; también hay una puerta que conecta a una bodega, en donde se encuentra el personal de mantenimiento, que hay en la antesala. Encontramos en esta región, de igual forma, al personal de trabajo social, quien agenda las citas y tiene el tercer contacto con las personas que solicitan información sobre los tratamientos que en este centro se llevan a cabo.

5.- La antesala es un patio que divide la primer gran región compuesta por la recepción, y las dos alas de administración, área psicológica y médica y trabajo social. Aquí encontramos una bodega a la que no se tuvo acceso; también hay un auditorio para terapias familiares, conferencias y ceremonias institucionales. Al caminar hacia la siguiente región, hay dos baños para las personas que logran pasar hasta esta zona de la institución.

Se encuentra una puerta negra de dos metros aproximadamente que no abre por la antesala, sino por dentro. Se tiene que tocar con el grillete para que el oficial interno del lado de la zona residencial pueda abrir con una llave que sólo el posee.

6.- Zona residencial. Aquí nos encontramos con tres áreas habitacionales. La primera es para infantes varones; la segunda para adultos varones; y la tercera para mujeres (tanto para infantes como para adultos mujeres) a la que no tuvimos acceso más que el 10 de mayo de 2017. Cada edificio se compone de área de dormitorios con literas dobles; un patio de aseo en donde se ubica el boiler, tendederos y una pileta para lavar ropa y sacar agua para el aseo del área; un espacio recreativo para talleres varios y actividades de lectura de los doce pasos del AA (lo que implica el modelo Minnesota para el tratamiento a las adicciones), de los cuales los internos solo cumplen con los tres primeros pasos dentro de la institución y luego de tres periodos de 28 días, puedan salir de la institución. Aquí también se encuentra en área de letrinas y regaderas, justo al lado de los dormitorios. El área está constantemente monitoreada gracias a cámaras periféricas en las esquinas de las diferentes áreas (a excepción de los baños). En cada dormitorio podemos encontrar un mueble que sirve para guardar los tres tipos de prenda que se componen por pantalón de mezclilla azul, playera blanca y gorra gris (vestimenta similar al penitenciario de Pachuca actualmente). La segunda muda de ropa es de un pants oscuro y playera blanca (el interno puede portar una sudadera); finalmente un short oscuro. En este mueble también guarda su vaso plástico para ingerir agua después de su ronda de caminata por el patio a la que el personal llama actividad deportiva; también guardan cepillos de dientes, jabón, estropajo y champú.

Otra área es la de cocina, en donde se preparan los alimentos para los internos e internas (desayuno, colación, comida, colación y cena) en donde ocasionalmente los internos apoyan al personal de cocina a realizar estas actividades. Aquí mismo se encuentra el área de comedor, dividido de la cocina únicamente por un mostrador. En el área de comedor, encontramos mesas redondas y sillas. La fachada está pintada por los internos que han logrado concluir su tratamiento conforme los estándares institucionales; estas pinturas contienen pensamientos de dichos internos. La idea se planteó desde la dirección ya que, según nos comentó la directora, esas pinturas sirven como ejercicio motivacional a los internos que llegan para dejar su marca en el CEAIA.

Las dos áreas habitacionales de infantes y adultos varones junto con la cocina conforman la primera área de residencial, sin embargo, existen otras tres áreas que completan la primera sección; una de ellas es el área deportiva conformada por una cancha de asfalto para voleibol y futbol que también tiene aparatos para ejercitar el cuerpo como los que podemos hallar en los parques públicos de la ciudad de Pachuca. Otra sección es el área de cultivo, en donde únicamente se permite la siembra y cuidados de nopales, ya que de frutos u otras cactáceas los internos pueden fabricar bebidas etílicas según la versión de la dirección. Por último, en esta primera área se encuentra una cruz que simboliza la religión católica como un pequeño altar para realizar oración, la estructura se encuentra al aire libre.

Ahora bien, en la segunda sección de la residencia dividida por un muro de más de dos metros, se encuentra el área habitacional femenil, un área deportiva sin aparatos de ejercicio, un área de cultivo de nopales y una cruz que representa a la religión católica para las oraciones al aire libre. A esta área no se tuvo acceso ya que se prohíbe la entrada a varones.

Cabe destacar, por último, que el CEAIA se encuentra rodeado, desde la antesala hasta la zona residencial, por una barda de unos cinco metros de altura aproximadamente que a su vez tiene malla ciclónica y alambrado de púas. Esperamos que, con esta información, el lector pueda darse una idea de cómo está constituida la institución de manera física (ver mapa 1 en anexos).

Ahora es momento de mostrar los elementos de la carrera moral del consumidor de sustancias ilícitas que ingresa al CEAIA.

3.4.2 El ingreso al CEAIA como residente: inicio de la carrera moral de un consumidor enfermo.

Durante el *tour* que nos dio la directora del instituto al CEAIA, íbamos platicando acerca de la enfermedad que implica el consumir sustancias ilícitas. Ella manifestaba creer firmemente en que el consumo de drogas destruye la vida de las personas que se encontraban en la región residencial, en la cual nos encontrábamos caminando, así como la destrucción de su núcleo familiar y sus relaciones interpersonales. Le preguntábamos cuestiones generales sobre el tratamiento y el apoyo que brinda la institución ante lo que ella consideraba un problema de salud pública; al respecto parece interesante la afirmación de que todos los internos en área residencial se encuentran en la institución por voluntad propia.

Al iniciar nuestros talleres con los internos del área residencial, mi colega de observación en el CEAIA, Luis Alberto Hernández Cerón, apoyaba con enseñar a los internos a tocar la guitarra y yo les enseñaba a jugar ajedrez profesional, comenzamos a establecer cierta empatía con los internos, aunque algunos otros se resistían a estar en los talleres y se mostraban hostiles ante nosotros. Sin embargo, las actividades eran de carácter obligatorio y eran para todos, por lo cual no podían oponer mucha resistencia al estar ahí. Nos presentamos ante los internos y dijimos nuestras intenciones, no las de investigación por supuesto, sino la de enseñarles actividades recreativas como la música y el ajedrez para distraer la mente. Luis y yo habíamos acordado preguntar en esta primera sesión la forma en la que entraron al CEAIA estos internos, él trabajaba con los internos del área de infantes y yo con los adultos. Nos íbamos rolando cada tercer día. Al escuchar sus testimonios, nos dimos cuenta de que, en realidad, la manera en la que estaban ahí internados no obedecía a la sentencia de que todos los que se encontraban ahí lo estaban de manera voluntaria.

Para empezar, no nos quedaba claro el rol de las personas que ahí residirían durante los próximos tres meses ¿eran internos, eran pacientes o simplemente

residentes? Durante nuestra estancia en el CEAIA nos percatamos de que siempre se referían a ellos como internos por parte del personal administrativo, sin embargo, esto cambio en la tercera sesión de ajedrez que tuve en la institución. Me encontraba dando la clase cuando de pronto llegó un miembro del equipo administrativo portando una bata blanca. Se trataba del psicólogo, que llevaría a uno de los internos a su revisión médica y psiquiátrica. Se tardó 15 minutos en regresar el interno. Cuando estaba en la clase se mostraba participativo; después de su consulta regreso sin ganas de participar y somnoliento, le habían suministrado *rivotril*.

Ante esta situación, nos percatamos que el interno era más que eso, se trataba de un paciente mental, un consumidor de sustancias ilícitas que había sido diagnosticado desde su ingreso a la institución como una persona con desordenes de personalidad. Al respecto podemos decir que:

Ser una paciente [...] es un rol. No es algo que se tenga que investigar empíricamente. Es más o menos evidente por sí mismo. Ser conferenciante de un rol. Ser parte del público es un rol, igual que ser esposo, esposa, doctor, soldado, etc., todos estos son roles. Lo que es importante al respecto al rol del paciente [...] es que se presenta en dos formas: voluntario e involuntario. (Szasz, 2015: 89)

Lo que nos proporciona Szasz es la posibilidad de no pensar a las personas que se encuentran en el CEAIA son personas que se encuentra ahí por su deseo y voluntad de dejar de consumir las sustancias. De esta manera elaboramos una tipología de las personas que se encuentran en proceso de pacientalización con la intención de ser lo más fieles posibles a la situación de los internos. Pero antes de esto debemos distinguir las etapas de la carrera moral que nos proporciona Goffman (2012), es decir, la etapa de pre-paciente, paciente y ex paciente.

Ya hemos dicho que para que una persona pueda formarse una carrera moral en cuanto a consumo de sustancias es necesario que se aprenda a consumir la sustancia, después a sentir los efectos y por último disfrutar de los efectos después de suministrarse cualquier sustancia. La persona en este sentido pasa de ser un consumidor novato, pasando a ser un consumidor ocasional y finalizando en un consumidor habitual experto. Sin embargo, la persona aún tiene que saltar los obstáculos que existen para poder llevar a cabo su

actividad. El problema radica cuando su desviación en secreto queda exhibida y se le comienza a tratar como una desviación pura, es decir, a ser tratado como un adicto. Ya hemos dicho de igual manera la importancia del intercambio de efectos entre las distintas organizaciones y el Estado para poder generar el paquete de las situaciones estándar que puede atravesar un consumidor de sustancias ilícitas que es acusado desde esa moral convencional. Esto entonces lo lleva a un proceso de acusación dependiendo las situaciones, puede que haya roto los compromisos familiares y entonces sea etiquetado como drogadicto o puede ser detenido por autoridades del orden público y ser tratado como un drogadicto que tiene que ser remitido al CEAIA. Evidentemente esto depende de las variaciones que observamos en el apartado de interacción al principio de esta tesis. Dada esta explicación, comienza la carrera moral de un adicto a sustancias ilícitas cuando se le lleva al CEAIA para su diagnóstico, por lo cual se encuentra en una etapa de pre-pacientización.

Ante esta situación, al paciente se le comienza a aplicar toda una serie de trámites administrativos para la detección de su enfermedad. El CEAIA cuenta con dos tipos de tratamiento, uno ambulatorio, que no requiere de internamiento dado que la persona apenas comienza a consumir estas sustancias; y otra que es la residencial, que es cuando se le diagnostica que tiene los síntomas de la enfermedad llamada adicción. Aquí, la persona llega acompañada de familiares o elementos de la PGR a la recepción en donde se le canaliza primeramente al área de trabajo social para determinar sus condiciones materiales y nivel socioeconómico, posteriormente pasan al área de psicología y psiquiatría en donde va a dejar de ser un pre-paciente para convertirse en un paciente. Por lo tanto, quien decide si la persona se queda o se va es el psiquiatra. Esto lo podemos saber gracias a que, en una ocasión, uno de mis vecinos se enteró de que yo estaba dando talleres en el CEAIA y me solicitó ayuda para ir a preguntar por el tratamiento para uno de sus hijos. La entrevista con el trabajador social fue la siguiente:

[15.08.2017. En oficina de trabajador social del CEAIA con padre de un hijo que consume sustancias ilícitas. Visita para obtener información. Yo de encubierto]

TS: pasen por favor [nos invita a sentarnos en dos sillas plásticas en una oficina con espacio reducido y ventana que da de frente a nosotros donde se puede ver la región de antesala, la persona sentada frente a nosotros] ¿en que les podemos ayudar?

Padre: mire, tengo un hijo que desde hace aproximadamente cinco años empecé a notar un comportamiento algo extraño en él. Por sus amistades y todo ese rollo [interrumpe trabajador social diciendo aja, aja] y a últimas fechas se comporta más agresivo. Yo sé que se droga y él nunca acepta eso.

TS: [llenando un formulario] ¡Ohhhh, yaaa! [padre asienta diciendo aja]

Padre: Nunca lo acepta, siempre lo niega. Ayer me llamó mi hermana y me dijo, sabes que, porque se fue a vivir con una de mis hermanas, se salió de la casa y se fue con mi hermana porque ella vive sola. [trabajador social dice mjum, mjum] Entonces, me habló mi hermana y me dijo pues que olía algo extraño su cuarto [haciendo referencia al cuarto donde se quedaba su hijo] ya fui y pues efectivamente, si olía a [pausa dramática] marihuana [trabajador social dice mjum, mjum]. Entonces le dice su mamá a él que le dijo su tía que su cuarto olía así y así; y ya le dijo, si mamá, es que vino un amigo aquí a la casa y yo estaba de espaldas y cuando menos sentí se prendió un *churro*. Entonces le digo, no pues se estaban drogando los dos, lógicamente, porque es imposible creer esa versión que da. Entonces yo quisiera ver ¿Cómo puedo ayudar a mi hijo?

TS: [titubea y expresa mmmmm] le voy a pedir unos datos ¿sí? [padre responde positivamente]

Padre: incluso yo le he dicho, es que sabes qué hijo tú te drogas. No papá, yo no me drogo. Bueno pues entonces vamos a un laboratorio para que te hagan una prueba. No dice, es que las inyecciones a mi... [interrumpe trabajador social].

TS: No, dígame que con la pura orina. [comienza interrogatorio, no lo daremos a conocer dado la discreción y protección de la identidad de las personas]... Bueno, le explico, lo primero, la atención que se da aquí es voluntaria ¿Qué quiere decir? desde que la persona acude a una primera cita de evaluación sabe que esta persona viene por atención por consumo de sustancias. Debe tener total convencimiento de querer recibir el tratamiento. Hay personas que vienen, así como que no convencidas, pero pues si tiene el conocimiento de que van a recibir esa atención. Se lo comento ya que por respeto a los derechos humanos y respeto a los derechos de los pacientes no recibimos a las personas cuando vienen con engaños, con mentiras y mucho menos vamos por ellos a sus casas. Tenemos dos modalidades de atención, la primera es ambulatoria, esto es, viene las personas, toman sesión psicológica y se retiran del centro. Esta atención está diseñada para personas que están experimentando, usando o abusando de alguna sustancia. Consisten en citas, viene la persona, toma la sesión, se lleva la tarea del psicólogo...también acude a talleres. No solamente se le da la atención a X⁹, sino también a un familiar que lo va a acompañar a todas las citas. Ese familiar tiene que ser cercano, vivir con

él, tener disponibilidad de tiempo y no consumir ninguna sustancia. Lo va a acompañar a todas las citas, de hecho, X⁹ no puede venir solo a tomar sesión psicológica o el representante legal solo, siempre son los dos y en compañía. Porque si viene solo cualquiera de los dos no lo pueden atender.

La otra modalidad, es una modalidad residencial. Es un internamiento de tres meses. Durante estos tres meses se da atención psiquiátrica, psicológica, psicológica familiar y médica, aparte de atenciones en AA. A esta modalidad se añaden a personas que son dependientes de la sustancia. También a la familia se le da atención. El representante legal tiene que acudir a citas con psicología familiar los sábados y domingos; también tiene que acudir a una asamblea familiar que son los días domingos a las 12:00 del día. A esta asamblea, acuden los familiares de todas las personas que están internadas y se tocan temas que tienen que ver con la enfermedad de la adicción. Se debe estar pendiente por si se requiere su presencia inmediata aquí en el centro. Le comento, somos una institución de puertas abiertas; cuando alguien entra a modalidad residencial y pide su alta, no lo vamos a amarrar ni a sujetar y nada así por el estilo. Eso sí, se le da su alta siempre y cuando acuda su familiar por él, hasta aquí ¿alguna pregunta?

Padre: No, esta entendible. ¿Cuál es el costo?

TS: si, entonces, el primer paso es una cita de valoración. Acude X⁹ ya con su representante legal y un psicólogo analiza su situación de consumo y determina el tipo de tratamiento que la persona debe de tener. La atención es voluntaria, lo que ya no se escoge es el tipo de tratamiento. Eso es con base con lo que el psicólogo determine. En cuanto a los costos, ese primer día que vengan a su primera cita se les hace un estudio socioeconómico y eso determina el costo de las atenciones, se les pide que vengan preparados con una cantidad de 1050.00 pesos, que es el costo más alto, y ese primer costo únicamente abarca la primera cita de valoración. Ese día se le dice su nivel de consumo, el tratamiento que debe de tener, se le da la cita de próxima atención y se le da el costo de las próximas atenciones. Quiere decir que, el día de la valoración, X⁹ no se queda; si fuera para residencial, igual se le da una fecha para ingreso. Se le pide que X⁹ no consuma ninguna sustancia psicoactiva por lo menos 48 horas antes para poder contestar las respuestas del psicólogo de manera correcta. También se les pide puntualidad y disponibilidad de tiempo; si llegan tarde, así sean cinco minutos, la cita se pospone. La primera cita llega a durar hasta tres horas.

De documentos, se necesita la credencial de elector del representante legal y de X⁹ CURP y credencial de elector ¿X⁹ tendrá IMSS, ISSSTE o seguro popular?

Padre: No.

TS: Ok. Entonces, para que nosotros le demos esa primera cita, necesitan presentar esos tres documentos. Los presentan en original y copia el día que ustedes quieran de lunes a viernes a las 8:00 de la mañana y se les da esa primera cita. Si hay espacio y disponibilidad se les da ese mismo día bien al día siguiente. También ese día de la valoración nos regalan los datos de otras dos personas, nombre completo, dirección y número de

teléfono únicamente para contactarlos vía telefónica. Ahora si ¿alguna pregunta más que tengan?

César: Entonces ¿Es el psicólogo quien determina si se queda en pruebas psicológicas de entrada y salida o se queda en residencial?

Padre: Ósea ¿nosotros no podemos decir que le den la residencial?

TS: Si, no, no.

Padre: Mire, lo que pasa que mi hijo está rodeado de muchos amigos, casi todo el tiempo están con él y todos ellos se droga, incluso pienso que venden y pues ya está metiéndose en muchos problemas.

TS: [Sugerente] ahora sí que el primer día de la valoración ustedes le comentan todo esto al psicólogo.

Padre: Ese mismo día ¿le hacen alguna prueba para ver si...? Porque él no acepta, no acepta que se droga.

TS: No, no se le hace ninguna prueba. Ese día, por ejemplo, si X⁹ dice pues yo si consumo, pero muy de vez en cuando. Ok, se le da modalidad ambulatoria, viene a citas y todos eso. Para confirmarse que X⁹ ya no está consumiendo, entonces sí. O se le hace un estudio *antidoping* ya sea aquí o se le pide que se practique uno. Y si en alguno de ellos sale positivo, entonces quiere decir que el tratamiento ambulatorio pues no le sirve y ya se validaría si se le da la residencial. Es por ello que por lo general las personas vienen sabiendo que vienen a tratamiento por consumo de sustancias, vienen con *conciencia de enfermedad*. Cuando se aceptan que son consumidores y que tienen problemas derivados de ese consumo. Por lo general, las personas vienen cuando ya se encuentran en esa etapa. Exactamente.

Padre: ¿qué otra cosa? Disponibilidad de horarios, mire, mi esposa y yo trabajamos yo salgo a las 15:00 y ella sale a las 17:00 ¿hay citas después de las 15:00?

TS: La última de valoración es a las 16:30. Pero como les comentaba, si es residencial y tienen que presentarse a las 9:00 de la mañana...por eso se pide disponibilidad de tiempo. Si usted o su esposa no puede, probablemente alguno de sus demás hijos.

Padre: Ósea, ¿podemos irnos alternando?

TS: No. Es uno.

Padre: Ese es el detalle.

TS: [pide últimos datos del familiar y el pre-paciente]

César: y digamos, ¿En qué consiste el modelo residencial?

TS: como les comentaba. Tienen servicio médico, tienen que ver al médico una vez a la semana. El tratamiento psicológico individual, tiene un psicólogo individual cada uno de ellos, lo ven una vez a la semana. Con el psicólogo familiar, que también se le ve una vez a la semana. Y psiquiatra, en el caso de que haya pacientes con padecimientos psiquiátricos controlado, también lo ven una vez a la semana. Y atenciones en AA, que

es alcohólicos anónimos, hay personas que son adictos en recuperación los cuales trabajan en la institución. Esto es el modelo de atención que se llama Minnesota y es un modelo implementado a nivel mundial en instituciones de salud. La persona desde las 6:00 de la mañana que se despierta hasta las 22:00 que se duermen tienen actividades todo el día, no se les deja en ningún momento si actividad ya que, en cualquier momento que empiecen a pensar en el consumo, pues les llega algo que se llama *craving* y que son ganas compulsivas por consumir, lo que se evita es que tengan ellos *craving*. Firmeme estos documentos por favor. Pues eso sería todo y pues los esperamos por acá.

El relato anterior nos permite observar el proceso por el cual las personas usuarias de sustancias ilícitas pueden acceder a alguna de las dos modalidades de atención por parte del CEAIA. Lo que podemos observar es el uso de la palabra paciente para describir a las personas que tienen la actividad de consumo de drogas. Quedarnos en una etapa del proceso (pre-paciente a paciente) es limitante aun para determinar qué tipo de pacientes son y no nos habla mucho del cómo se llega a ser un interno en este tipo de establecimiento. Por ello hemos acumulado información que nos proporcionaron en el área de residencial los pacientes para dejar más claro este proceso de internamiento que, como leímos en el dialogo establecido con el trabajador social, dura tres meses.

Un primer molde de pacientes no los proporciona Szasz (2015) en su distinción entre paciente voluntario e involuntario¹¹⁰. Sin embargo, este tipo de pacientes aún es muy general ya que existen características que distinguen la forma de internamiento. Como vimos en la charla de información con el trabajador social, el CEAIA no acepta a personas que no vayan por su propia voluntad. Pero habría que distinguir entre tres tipos de pacientes que se encuentran ahí de manera voluntaria.

El primero es el *paciente voluntario por elección*, este tipo de paciente se caracteriza por desear el tratamiento. Dentro del área residencial, nos encontramos con personas que deseaban estar ahí por tener complicaciones en sus relaciones con no consumidores en su vida cotidiana, por lo cual

¹¹⁰ Aquí no consideramos a los pacientes ambulatorios, únicamente a las personas que se encuentran en el área residencial del CEAIA. Solo por mencionarlos, los pacientes ambulatorios pueden ser considerados dentro de los tipos de pacientes de los que hablaremos a continuación con la única diferencia de que toman el tratamiento de manera ambulatoria.

decidieron cambiar sus hábitos de consumo por un tratamiento a este¹¹¹, o puede darse el caso de que ingresen de manera voluntaria por sentirse mal físicamente, aunque de este último no encontramos caso alguno y la epidemiología nacional no da cuenta de ello.

El segundo tipo de paciente en esta modalidad es el *paciente voluntario por retórica*, aquí, nos encontramos en que el paciente fue convencido de querer tomar el tratamiento, aunque fue persuadido a pensar en ello; aquí puede ser que la persona crea en que la enfermedad de la adicción existe gracias al convencimiento que el paquete y su fuerza inercial tienen sobre la persona; de esta manera sus familiares puede haber descubierto sus hábitos de consumo y convencer a la persona de manera retórica de llevar a cabo el tratamiento.

El tercero y último tipo de paciente es el *paciente voluntario por intereses*. Este tipo de paciente puede ser ejemplificado como el siguiente caso:

[15.03.2017. Dando clases de guitarra en el área de infantes, es el turno de hablar del interno X². La dinámica consiste en que comenten los motivos por los que se encuentran en el CEAIA] Pues yo estoy aquí porque mis papás me *cacharon* dándome unos *fumes*; me dijeron que si tomaba el tratamiento me iban a comprar un celular *chingon* y unos videojuegos. Por tres meses encerrado, la neta me conviene.

Este tipo de personas se internan, entonces, por intereses personales; durante las visitas al CEAIA por nuestra parte, encontramos varias personas que se encontraban en la misma situación, pero se observó que era más frecuente escuchar este tipo de ingresos y pacientalización en el área de infantes. Sin embargo, no solo encontramos este tipo de pacientes “voluntarios”, en este sentido hablamos de los pacientes que han ingresado al CEIA de manera involuntaria. Dentro de esta clasificación encontramos a tres tipos de pacientes.

El primer tipo es el *paciente involuntario por obligación jurídica*, estas son personas usuarias de drogas que han sido remitidas desde PGR al ser descubiertos más de tres veces con drogas en su posesión, lo cual pone en función lo establecido en la Ley General de Salud (2007); esto lo sugirieron los

¹¹¹ Dentro del área residencial, cuando nosotros realizamos las observaciones, únicamente encontramos un caso como este.

internos del área de adultos, en donde se encontraban más casos de este tipo. Puede que se dé de la manera descrita antes o que sean remitidos desde el Ce.Re.So. de Pachuca al CEAIA:

[20.02.2017. En clase de ajedrez. Se juegan partidas de ajedrez con cuatro tableros que tiene el centro, pero no son suficientes para todos los internos adultos. Mientras unos juegan, otros observan, me paro en el tercer tablero y comienzo a establecer dialogo natural con el interno X³]

César: ¿Tú vas llegando verdad?

X³: Así es carnalito.

César: ¿Cuándo llegaste y por qué llegaste?

X³: Llegue apenas el viernes; pues ya sabes, me trajeron de Ce.Re.So. por andar de *faltoso*, pues ya me dijeron que íbamos a venir al centro *quesque* a rehabilitarme y pues ni pedo carnal. Aquí ando, pero me caga este lugar.

Otro tipo de paciente dentro de esta categoría es el *paciente involuntario por obligación moral*. La mayoría de las personas con las que establecimos diálogos naturales para conocer su forma de ingreso tenía que ver con sus familias. Escuchábamos, como en el caso del interno en adultos X⁴: [27.03.2017. En el patio del CEAIA] si no entraba, mi vieja me iba a dejar. O como el caso de X⁵ [14.04.2017. En el área de adultos]: pues, perdí mi chamba y ya le hice mucho daño a mi jefecita. O como el caso de X⁶ [06.02.2017. En el área de infantes]: pues si no tomaba el tratamiento, mis jefes no me van a dejar entrar de nuevo a la casa.

El último tipo es el *paciente involuntario por obligación médica*, este es un caso en que la persona puede sufrir alguna alteración orgánica por el consumo de sustancias ilícitas como un paro cardiaco o respiratorio que pueden entender en el área de UNEME-CAPA (que se ubica en el área externa al CEAIA por la parte de atrás) o por qué el psiquiatra del centro ha detectado indicios de enfermedad mental en los pacientes como la *distimia*.

Si bien, acuden al CEAIA todos como voluntarios, vemos en realidad que no son voluntarios, sino que los han hecho conscientes de su próximo internamiento, pero esto no implica que quieran o deseen internarse para tomar tratamiento, a excepción del paciente voluntario por elección. Sin embargo, estos tipos no son posibles sin antes establecer si la persona es una candidata para el internamiento residencial del CEAIA. Volviendo a la entrevista con el

trabajador social, para que esto sea posible, únicamente se necesita de poco tiempo para determinar si una persona tiene la enfermedad de la adicción; únicamente el psicólogo y el psiquiatra son quienes ostentan el poder legítimo de determinar si una persona se queda en modalidad residencial o en modalidad ambulatoria; en ambos casos a la persona se le ve como un adicto total o como un adicto potencial.

De esta manera, en la primera sesión psicológica, se intenta lograr que la persona admita su enfermedad, es decir, se reorienta lo que la persona piensa de sí misma y se le imponen ideas de los especialistas de que *padece* una enfermedad que está dañando su propia vida y la de las personas a su alrededor. En este sentido, para las personas en proceso de internamiento “comienzan para *ellas* una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo” (Goffman, 2012: 29). Podríamos establecer que, antes de que sean las barreras las que mortifican en primer lugar el yo de una persona, como establece Goffman, es la primera visita al CEAIA la que comienza a mortificarlo ¹¹² cuando se le intenta hacer cambiar de ideas sobre las implicaciones que conlleva el consumo de sustancias ilícitas, es decir, la modificación de los signos y significados que han creado como paquete en la camarilla de consumo de la que forma parte la persona que es candidata al internamiento:

[09.10.2017. Diálogo con ex interno X¹. En un bar del fraccionamiento Colosio]

X¹: Pues veras, antes de entrar al CEAIA, pase a una visita con una psicóloga. Me entrevistó un par de minutos, en realidad sólo llenaba un formulario. Después de eso me pasaron con el psiquiatra; el me diagnosticó adicción a las drogas y distimia, un tipo de depresión. En ese momento me di cuenta de que las drogas me estaban causando depresión. Posteriormente, me escape de la institución, pero me seguía sintiendo mal, así que mis padres me llevaron al distrito federal, al hospital Ramón de la Fuente, donde me dijeron que me habían diagnosticado mal.

¹¹² La mortificación del yo según lo emplea Goffman, es cuando la institución mutila tanto el cuerpo de la persona dando como resultado un desvalijamiento total del ser cívico y de modificación de la economía simbólica de la persona.

César: ¿Cuánto tiempo se tardó el psiquiatra en diagnosticarte?

X¹: Pues si te digo una hora es mucho, más bien fueron como 20 minutos.
Una hora con todo y la espera.

Después de haber cambiado las ideas que la persona tiene de sí misma, se hace una segunda sesión, la cual es para el ingreso al CEAIA. Aquí empieza la mutilación del yo la cual permite observar la cosificación del cuerpo en donde se traspasan las barreras del cuerpo de manera involuntaria; esto se da por la revisión de ano, oído, garganta, análisis de sangre en el examen *doping*, etc., es decir, la visita al médico, es en donde se pierde parte de la intimidad personal a causa indirecta de la revisión del cuerpo:

[17.05.2017 En clase de ajedrez, al finalizar la clase, X⁷ me acompañó a la salida del área residencial, hasta la puerta]

César: Oye, y ¿Cómo te fue la vez que te revisó el médico?

X⁷: Pues mira, ves que la vez pasada te platicaba que llegue aquí por PGR. Pues bueno, la primera vez que me revisó el médico fue antes de entrar al área residencial. Al entrar al consultorio, me hizo unas preguntas generales sobre mi salud, pero después me pidió que me desvistiera todo.

César: ¿hasta tus calzones?

X⁷: ¡Todo! Pues ya me revisó las bolas y el ano con un guante. Parece que lo hacen para ver si no traes alguna enfermedad sexual. La verdad fue muy incómoda la situación.

De esta manera, podemos establecer que se ha culminado el proceso de internamiento cuando se pasa del área médica al área residencial en donde ocurre una transformación situacional de la persona que pasa de ser un consumidor de sustancias en el mundo civil y ahora se le dice al paciente-interno al establecer cuáles son las reglas del juego, no sin antes hacerle firmar un documento en donde se establece que él ingresa al centro de manera voluntaria y está dispuesto a cooperar con la rehabilitación, con lo cual podemos decir que existe un despojo simbólico del yo¹¹³, es decir, al entrar al área residencial le despojan de artículos como la ropa, arracadas y objetos que en su vida convencional de civil utiliza cotidianamente. Esto nos lleva a una segunda parte que hay que explicar sobre las instituciones totales como el CEAIA, a saber, el control del tiempo del interno.

¹¹³ Este elemento se emplea para observar que las actividades del yo cívico no son de la misma manera que el yo del interno.

3.4.3 El tratamiento a la orden del día: el control de los tiempos en el paciente.

Hemos revisado el proceso organizacional por el cual una persona usuaria de sustancias ilícitas es internada en una institución como empresa moral, así como la tipología de las personas que se encuentran dentro del área residencial. Ahora es necesario precisar otras de las características del CEAIA, a saber, su carácter totalizador.

Lo anterior es llevado a cabo en zonas específicas del área residencial la cual podemos dividir en sub zonas: residencia de infantes varones; residencia de infantes mujeres; residencia de varones adultos; residencia de adultos mujeres; el área de cocina; patio de recreación hombres; patio de recreación de mujeres; área religiosa hombres; y área religiosa de mujeres. En las sub zonas de residencia, el paciente-interno realiza actividades de aseo personal, actividades biológicas necesarias del cuerpo como orinar, defecar y dormir; aseo de la misma zona como trapear, barrer, acomodar las camas y lavar ropa. En los patios de recreación, se hace que los internos den caminatas, a pesar de que tienen aparatos como los que existen en los parques de la vía pública para ejercitarse, estos no son empleados para estas actividades, sino que los ocupan de tendederos; las actividades físicas siempre son caminatas. En la cocina se realizan actividades de desayuno, comida y cena, puede ser que se premie a un interno y se le dé la oportunidad de ayudar al cocinero (pagado por el Estado) para actividades de aseo y preparación de alimentos. Las zonas religiosas, que tienen en ambos patios una cruz esculpida de piedra que sirve como recordatorio de que los pacientes-internos tienen que doblegarse a una entidad superior para poder rehabilitarse, esto fue comentado por los internos quienes en las zonas residenciales hacían tareas sobre los manuales de doble AA en donde se establece esta situación.

Lo anterior se refiere a que todas las situaciones que pueden presentarse dentro de la institución se desarrollan en espacios delimitados en donde se siguen las ordenes de una misma autoridad, es decir, todas las actividades que se desarrollan en el área residencial del CEAIA se encuentran programadas y autorizadas por la directora de la institución, quien a su vez es aconsejada por

el personal médico, psicológico y de trabajo social para esta tarea, veamos el itinerario (véase foto 2 en anexos) regular de los internos:

- Actividades de los internos comentada por ellos:
 1. Levantarse
 2. Asearse (bañarse, peinarse, lavarse los dientes y uniformarse¹¹⁴).
 3. Acomodar la habitación (tender cama adecuadamente en 10 minutos).
 4. Salen a dar una caminata en círculos con forme a las manecillas del reloj a la cual llaman actividad física.
 5. Junta de reflexión a manera de focus group.
 6. Entran al comedor para desayunar (entre 9:30 y 10:00)
 7. Salen a dar una caminata en círculos con forme a las manecillas del reloj por entre 10 y 15 minutos
 8. Después entran a las letrinas a asearse (lavarse los dientes)
 9. Tienen un taller de 10:15 a 11:45
 10. Tienen un espacio libre de 15 minutos
 11. Entran al comedor a colación a las 11:50 a 12:00
 12. Salen a dar una caminata en círculos con forme a las manecillas del reloj por entre 10 y 15 minutos
 13. Tienen un segundo taller o cine debate
 14. Entran al comedor a comer a las 15:00
 15. Salen a dar una caminata en círculos con forme a las manecillas del reloj por entre 10 y 15 minutos
 16. Entran a las letrinas a asearse (aseo bucal)
 17. De ahí tienen pláticas con el padrino y ejercicios de los 12 pasos AA.
 18. Entran al comedor a colación a las 18:00
 19. Salen a dar una caminata en círculos con forme a las manecillas del reloj por entre 10 y 15 minutos
 20. Tiempo libre (tiempo libre)
 21. Entran a las letrinas a asearse (aseo bucal) verificar
 22. Actividad catártica

¹¹⁴ Cabe destacar que el uniforme es una playera blanca y un pantalón de mezclilla que llevan cuando ingresan a la institución; esta manera de vestirse es muy similar a la que se tiene en el Ce.Re.So. de Pachuca según puedo atestiguar Luis Alberto Hernández Cerón cuando realizó su investigación en esa institución.

- 23. Entran al comedor a cena a las 21:00
- 24. De 21:45 a 22:00 tienen tiempo libre
- 25. A las 22:00 se apagan las luces y a dormir

Estas actividades se llevan a cabo de manera diaria, por lo cual son monótonas. La institución no pone atención individualizada (salvo la terapia psicológica individual), es decir, se pierde parte de la identidad del yo de la persona. Las actividades que mencionamos anteriormente siempre se hacen en conjunto con otras personas de la misma área residencial, nadie hace nada diferente de lo que se les indica hacer. Podemos observar que las actividades están altamente programadas, una actividad programada lleva a la siguiente y a la siguiente, los quince minutos que tienen de receso personal inclusive están controlados por el horario que fue autorizado desde dirección. Estas actividades también tienen la característica de ser obligatorias con lo cual logran mantener bajo control y observación constante a los internos de esta sección. Lo anterior tiene que ver con la monotonía de la vida del interno dentro del CEAIA, es decir, su vida se vuelve cada vez más estéril conforme pasan los días, no hay una sola cosa que no controlen en su vida diaria. Esto lo refirieron los internos X⁸ y X⁹ de la siguiente manera:

[21.04.2017. El interno X⁸ ingresó esa semana, ya habíamos tenido una sesión de juego de ajedrez, pero él se negó a jugar la primera vez.]

César: ¿Qué onda X⁸? ¿Hoy si quieres aprender a jugar?

X⁸: no es que quiera, me cagó el padrino por no jugar la vez pasada. Pero no jodas, pinche juego culero, ni le entiendo ni madres.

X⁹: ¡No jodas wey! Esta mamada del ajedrez y el otro pinche maestro chinito que nos enseña a tocar la guitarra son lo único que tenemos. Pinche encierro de hueva carnal, ya estoy hasta la madre.

X⁶: [está jugando una partida con X⁴, interviene en el comentario de X⁹] Simón, pinche *vato*, no estés chingando al profesor. Que no te das cuenta que aquí todo es caminar, hacerte pendejo en las pláticas del puto psicólogo, caminar de nuevo, lavarse los dientes, volver a caminar, ver una pinche película culera, volver a hablar y hablar, hablar y hablar. Por lo menos disfruta de esto, no seas pendejo.

Como hemos mencionado en la entrevista del trabajador social, se controlan todos los tiempos del interno para que no piense en drogas y no tenga ansiedad; sin embargo, el control de los tiempos sirve para doblegar el espíritu voluntarista de las personas para convertirlos en seres influenciados que

puedan ser moldeados al antojo de la institución y a sus fines. Lo anterior para lograr que los internos se *autoconduzcan* y así obtener una conducta obediente. Sin embargo, esto no sucede en automático. El interno recién llegado debe aprender las reglas del juego y aprehender la organización de la institución en torno al sistema de recompensas y castigo. Este sistema se organiza en cuanto a las tareas internas de la institución, por ejemplo, una conducta obediente te puede llevar a participar en la cocina con el cocinero, con lo cual puedes robarte alguna galleta, pruebas de comida u otras recompensas como me lo comentó en su momento X¹⁰. Este sistema, que es inherente a las instituciones totales, puede suspender los privilegios u otorgarlos, maltratar psicológicamente al interno, ponerlo en ridículo o someterlo a humillaciones innecesarias. X¹¹ nos da un ejemplo de esto con la comida:

[27.02.2017. En sala de reuniones en el área de infantes, la tarea del día es hacer un escudo del CEAIA donde dejen representado el club de ajedrez]

César: y ¿A qué hora comen?

X¹²: A las tres, aunque luego empezamos tres y cuarto porque tenemos que ir a asearnos y luego nos tardamos en formarnos para entrar al comedor y no avanzamos porque no nos formamos bien, ese pinche X¹³ tiene la culpa.

X¹³: ¡Chingas a tu madre, pendejo!

X¹¹: Ya déjense de mamadas, a quien le va de la chingada siempre a la hora de la comida es a mí.

César: ¡cámara! ¿y eso?

X¹¹: Soy bien pinche melindroso. Pues el otro día dieron hamburguesas, pero ¡No mames profe! Pinche carne estaba bien puta cruda, pues yo no me la iba a tragar así. La pinche trabajadora social me vio que no me la iba a comer y llamó al padrino. Y no me dejaban pararme hasta que me comiera la pinche hamburguesa culera. Todavía hasta me decía: ¡órale pinche drogadicto! Bien que te tragabas la mierda allá a fuera, deja de hacerte wey y ya trágatela.

César: ¿Así, con esas palabras? [asienta con la cabeza, los demás se ríen de lo que le pasó]

Lo anterior, además de ver el sistema de recompensas y de castigos, nos habla de una integración de equipos por parte del personal para lograr que la persona sea controlada en lo que la institución ve como un acto de rebeldía. En este

sentido, el equipo del personal se encarga de adiestrar a los individuos para hacerlos más fácil de manejar. Los internos nos comentaban que el tiempo para ducharse era muy breve e incómodo ya que se bañan varios al mismo tiempo en la misma regadera, inclusive un ex interno X¹ nos comentaba que en cierto momento lo intentaron violar sus compañeros cuando él estaba en el CEAIA a la edad de 17 años¹¹⁵. De igual manera, puede ocurrir que entre los internos existen ciertas situaciones problemáticas de corte sexual. Ocurrió que a X² de 14 años intentaron abusarlo sexualmente X⁷, por lo cual la convivencia entre infantes y adultos y las actividades que hacían juntos se tuvieron que separar a causa de este acontecimiento. Inclusive, los compañeros de X² siempre lo molestaban por este hecho.

Por otra parte, aunque los reglamentos ya están estipulados y autorizados desde la dirección, los equipos de empleados del CEAIA pueden modificarlos sin aviso previo, cosa que no pueden hacer los residentes dados los mecanismos de control dentro del sistema de castigos. En el reglamento que se encuentra en la entrada de la dirección del CEAIA observamos que los internos tienen derecho a una cantidad determinada de tabacos, sin embargo:

[03.04.2017. Saliendo del curso de guitarra y de ajedrez. Luis y yo íbamos caminando con un interno adulto X⁷ que nos acompañaba por el patio]

X⁷: ¡No jodan! Déjenme olerlos por última vez [refiriéndose a una cajetilla de cigarrillos que llevábamos]

Luis: ¿Y no los dejan fumar cigarros?

X⁷: Pues según el reglamento sí, pero según nos los quitaron porque, antes de que entrara yo, un wey paso uno de tabaco con marihuana y pues ya están prohibidos. ¡puras jaladas! En cuanto salga de aquí, me voy a chingar una cajetilla. ¿No me pueden dejar uno?

En otra ocasión llevábamos una baraja. La lleve como recompensa para alentar a aquellos que no querían jugar ajedrez a que aprendieran a jugarlo, a cambio,

¹¹⁵ Cabe destacar que un miembro del personal del CEAIA que renunció a este establecimiento nos comentó que, en alguna ocasión, encontró en el área de internas unos condones usados en la azotea; los internos varones no tienen acceso a esta área. Sin embargo, esto es una mención, no contamos con la evidencia suficiente para comprobar esto.

les dejaría la baraja. Al finalizar la clase, les deje la baraja, pero el padrino¹¹⁶ me regresó para quitárselas:

[31.03.2017 Caminando rumbo a la puerta de salida del área residencial, me para el padrino]

Padrino: Oye, ¿tu les dejaste cartas a los internos?

César: Si, se las preste porque hoy jugaron muy bien ajedrez.

Padrino: ¡No! Ve y quítaselas, van a apostar hasta sus comidas y ropa. No se permite ningún juego de azar que no esté autorizado por la dirección. No lo vuelvan a hacer, por favor.

Este hecho nos muestra lo inflexible que pueden ser las instituciones en cuanto a las libertades de las personas, del control constante sobre sus actividades. Cabe destacar, que, en el área residencial, es el lugar en donde las personas ponen a prueba los ajustes primarios de la institución, las cuales son las reglas institucionales que deben seguirse al pie de la letra y que están ubicadas en la pizarra de actividades en cada sub zona residencial. En ocasiones cuando llegábamos a dar los cursos de ajedrez o guitarra veíamos a los internos recién llegados mirando la pizarra para ver qué es lo que seguía de actividad en el día o leyendo los reglamentos. De tal manera, los internos experimentan ajustes secundarios los cuales permiten ver como la persona en situación de internamiento sortea los ajustes primarios. Por tanto, se establece en este apartado la mortificación del yo del paciente-interno a ser privado, de manera metafórica, de su libertad y del impedimento de observar que pasa en el exterior gracias a los altos muros y barreras que impone la institución a la situación de internamiento.

También hablamos de cómo todas las actividades están controladas, pero aquí nos falta mencionar que todas las actividades también son vigiladas de manera presencial o digital, es decir, los padrinos, trabajadores sociales y psicólogos pueden estar observando las actividades cuando están siendo ejecutadas por

¹¹⁶ El padrino es una persona que, supuestamente, se encuentra rehabilitada del consumo de sustancias ilícitas que sirve para dar consejos a los internos sobre cómo superar su adicción a las drogas. Sin embargo, muchos de los internos no consideran que la adicción exista realmente y les molesta que un consumidor de drogas les diga cómo hacer las cosas. Esta figura de padrino además sirve como ejecutor de las normas institucionales y emplea castigos y otorga privilegios a los internos, puede ir con la directora a decirle que un interno se comporta de manera *ingobernable* y le cancelan sus visitas familiares semanales. Además, por lo que nos pudimos percatar, el padrino se hace de insultos y humillaciones hacía con los internos para controlarlos.

los internos, pero, cuando no hay de manera presencial alguien que los vigile, existen cámaras desde donde se ven las actividades que realizan. La pantalla en donde se puede ver todo lo que hacen se encuentra a espaldas del escritorio de la directora, es decir, es ella quien se encarga de estar vigilando a los internos cuando nadie los ve.

De esta manera, el interno se siente constante mente vigilado, en donde pone en juego las reglas que van de la mano con el sistema de privilegios y castigos lo cual permite que la persona en situación de internamiento asimile y siga las reglas, es decir, las internalice. Este apartado también nos permite ver como se proporciona un nuevo equipo de identificación al interno, es decir, se le uniforma para distinguirlo del personal del CEAIA o de las personas familiares que los visitan por semana en el área de antesala. Estas situaciones pasan durante tres meses de internamiento, por lo cual es necesario pasar a la última etapa del proceso, la salida del CEAIA.

3.4.4 Las formas de salida del CEAIA

Cumplidos los tres meses de internamiento terapéutico que van desde charlas motivacionales por parte del personal psicológico, de la interiorización de reglas mediante el sistema de privilegios y castigos, de haber modificado las hipótesis del yo en los internos y de haber mortificado el yo de los mismo, es momento de establecer cómo se puede salir del CEAIA.

Uno pensaría que las personas simplemente cumplen estos tres meses y se van, pero esto no ocurre así en todos los casos. La primera forma de salir es haber tenido un juego limpio durante el proceso de internamiento, haber sido un interno obediente, a lo cual llamaremos *salida por rehabilitación exitosa*. Las personas que salen de esta manera, tras cumplir los tres meses de internamiento, tienen el privilegio de dejar su marca en las paredes del CEAIA pintando alguna cuestión representativa de su rehabilitación:

[16.08.2017. Nos encontramos por casualidad a X² laborando en M&M pizza en plaza revolución. Le pregunte sobre su salida del CEAIA] Pues veras, aún sigo yendo a terapia ambulatoria. Estoy aquí porque me dijeron que tenía que trabajar, buscarme una novia y volver a los estudios. De hecho, estoy estudiando criminología. Después de que sales aun tienes que demostrar que te has rehabilitado. Yo hice todo lo que me decían adentro. Ya hasta me invitaron a pintar la barda, pero aún no sé qué poner.

Cuando nos dio la directora la visita guiada, nos mostraba la barda y nos explicaba que hacían esta actividad para *motivar* a los internos a tener una rehabilitación exitosa. No todos tienen la posibilidad de este “privilegio” lo cual nos lleva a nuestra segunda forma de salida, el paciente en vías de rehabilitación o *salida por cumplimiento de tiempo*. Esto sucede cuando la persona que se encontraba en situación de internamiento únicamente ha cumplido con el tiempo de internamiento, pero no pudo ajustarse del todo a las reglas primarias y constantemente tenía ajustes secundarios en la institución. Esto lo vimos con X⁸ quien no quería jugar ajedrez; cierta ocasión llegamos a la sala de espera de la recepción del CEAIA y vimos que X⁸ ya había salido del área residencial y se encontraba en la sala de espera del área médica. Nos fue a saludar y nos dijo:

[08.05.2017. En la sala de espera de la recepción]

Luis: ¿Qué onda X⁸? ¿Cómo te va en el mundo externo?

X⁸: Pues no me quejo, aunque ya estaba hasta la madre de estar allá adentro encerrado todo el pinche día. No le vayan a decir a nadie ¡eh! Lo que pasa que aun ando en terapia ambulatoria, ya nada más acabo este paso y a la chingada, no quiero saber nada más de este centro. Ahorita me piden que busque trabajo, pero, seamos honestos, ¿A quien le dan trabajo sabiendo que es un ex yonqui?

Por lo regular X⁸ intentaba seguir las reglas de la institución, pero de vez en vez no le parecían las reglas que estaban establecidas y tenía uno que otro choque con los psicólogos, trabajadores sociales, padrino y los talleristas. Sin embargo, cumplió sus tres meses en el CEAIA con lo cual podía pasar a la segunda etapa de su rehabilitación. Cabe destacar que en el área residencial únicamente se enseñan los pasos uno, dos y tres del manual de AA, que son aceptar que la persona es ingobernable y con problemas de consumo de alcohol (o cualquier otra sustancia), doblegarse al poder de Dios y aceptar que este ente puede ayudarte; la analogía era pasada al tratamiento que se brindaba en el CEAIA donde el consumidor se debe aceptar como ingobernable, debe aceptar que existe la institución como algo superior a ellos y doblegarse a ese poder para poder ser atendidos de manera terapéutica. El resto de los pasos los llevan a cabo de manera ambulatoria.

La tercera forma de salir menos ortodoxa es la *salida por fuga*. Los internos se encuentran en una situación de monotonía constante, un día se vuelve igual al otro. Escuchaba testimonios de hartazgo, de que no les gustaba estar encerrados ahí, lo cual era interpretado por los especialistas del CEAIA como un elemento característico de su deseo por salir y, si desean salir, es porque quieren seguir consumiendo drogas. Hemos sabido de dos¹¹⁷ casos de escape del CEAIA, el primero es un testimonio de un ex interno X¹ quien nos dice:

[09.10.2017. En un bar del fraccionamiento Colosio]

César: Y entonces ¿Terminaste tu tratamiento en el CEAIA?

X¹: En realidad no, me escape junto con otro compañero, nos brincamos la barda...

César: [interrumpe] perdón, y ¿todavía ves a tu compañero?

X¹: No, a él lo mataron. Tenía muchas dudas por drogas con sus *dealers*. En cuanto supieron que ya no estaba en el CEAIA lo buscaron y asesinaron.

César: ¡Uy! ¡qué fuerte! Bueno, pero ¿por qué se escaparon?

X¹: Mira la verdad uno extraña la libertad, ahí nada más te dicen que hacer todo el tiempo y te obligan a estar con gente con la que no quieres estar. Es estar escuchando pláticas absurdas sobre sus problemas. Yo no quiero saber que chingados les pasa a los demás, yo quería que me ayudaran a mí. Pero eran horas y horas de pendejadas, de decirte que te tenías que doblegar a un poder superior, que la mamada, y si no quiero doblegarme a un Dios en el que no creo.

En cierta medida, aparte de escaparse por el encierro, la persona se escapó porque los otros pacientes con los que lo obligaban a estar contaminaban su yo¹¹⁸, puede ser que por esta razón el CEAIA (con esto me refiero a las personas a su cargo) decidiera poner alambre de púas y tela ciclónica en las bardas del área residencial. Por otra parte, el caso que nos narró el interno X¹¹ nos puede servir a propósito de esto de la *salida por fuga*:

[19.04.2017. Llegando al curso de guitarra con adultos en el CEAIA]

César: ¿Dónde está X¹⁰?

¹¹⁷ En realidad, conocemos un caso más de escape del CEAIA, cuando me encontraba realizando el protocolo para esta tesis y estaba buscando información, me encontré con una nota periodística de que dos mujeres se habían brincado la barda y se habían dado a la fuga; lamentablemente perdí el artículo por lo cual no puedo darme el lujo de integrarlo al texto general.

¹¹⁸ Los contaminantes del yo son aquellos residuos de una persona que afectan a la otra de manera visual, auditiva, olfativa, táctil y gustativa.

X¹¹: se escapó.

Luis: ¿Cómo que se escapó?

X¹¹: Simón. Ayer estábamos haciendo aseo del patio. El policía abrió la puerta para poder limpiar también el otro patio [del otro lado de la barda], ves que da hacia la entrada del CEAIA. Entonces me dijo X¹⁰: vamos a escaparnos. Pero no manchen, andábamos en chanclas, así ni se puede correr. De pronto, X¹⁰ aventó su escoba y se echó a correr hacia la puerta; lo intentaron detener en la entrada, pero como ya no estaba en la zona residencial y había un chingo de gente escuchando el alboroto, lo dejaron ir. Ves que se supone que estamos aquí de manera voluntaria. ¡que huevos de cabrón! ¡y eso que es puto [homosexual]!

De esta manera, una forma de salir del CEAIA sin terminar el tratamiento es escapando. Los dos ejemplos que pusimos ilustran un escape cauteloso y uno por exhibición pública de que las personas que se encuentran adentro no desean estar ahí.

La cuarta forma de salir del CEAIA es la *salida por remisión a PGR*. Hemos visto que las formas de ingreso a la institución en donde ubicamos al *paciente involuntario por obligación jurídica* que es llevado al CEAIA para cumplir el tratamiento por adicción. A la entrada del CEAIA se le da un documento que firma el pre paciente de conformidad con el tratamiento, pero estas personas, si no lo cumplen, se les aplica lo que está establecido en la Ley General de Salud (2007) y vuelven a la cárcel. El caso que presentaremos a continuación nos da noción de cómo salir por esta situación:

[27.02.2017. Llegando a CEAIA para dar cursos de ajedrez]

César: Hola equipo, ¿cómo están? [todos me contestan bien al mismo tiempo, están cabizbajos] ¿Qué tienen? Se ven raros.

X¹²: Es que nos *cagaron* a todos.

César: ¿Y eso? ¿quién los cagó?

X¹¹: El padrino y la directora.

César: Pues ¿Qué pasó?

X¹²: ¿Ya notaste la ausencia de X¹⁰? [asiento con la cabeza y pregunto que dónde se encuentra] Se lo llevaron a la grande.

X¹¹: Es que la cagamos. Ves que en el área de los boilers y los lavaderos no hay cámaras. Pues quitamos un foco de la habitación y lo hicimos para fumar piedra. Lo que pasa que al momento de ingreso solo lo dejan a uno con su ropa que se usa aquí dentro. Entonces no se la revisaron a X¹⁰ y en el dobladillo de su playera, por dentro, [me señala la costura inferior de la playera] traía *mierda*. Pues ya como pudimos con el fuego del boiler

prendimos el foco y pues nos cacharon, lo bueno que yo no había fumado nada. Hoy en la mañana se lo llevo la PGR de nuevo. Lo malo es que ya nos iban a dejar pasar cigarros y ahora ni madres, por culpa de ese pendejo.

La última forma de salir de CEAIA es la *salida por ingobernabilidad o enfermedad mental*. De esto nos percatamos en nuestra segunda entrada al CEAIA, se encontraba el psicólogo hablando con la trabajadora social en el patio y estábamos esperando que nos trajeran los tableros de ajedrez. Comenzaron a platicar del caso de una interna que era *ingobernable*, que no quería comer, no quería hacer el aseo, no quería acudir a las sesiones psicológicas. Entonces los escuchamos decir: pues se me hace que se va a tener que ir a Villa Ocaranza, esto no puede seguir así, ¿Imagínate lo que les está enseñando a las otras internas?

Estas son las formas de salir de la institución total, por tanto, el proceso por el que una persona pasa de consumidor de drogas a ser un enfermo mental por adicción a las sustancias. De ser un pre paciente a ser un paciente rehabilitado con éxito, en vías de recuperación o a incumplir su tratamiento, lo que a su vez valida que las *recaídas* son consecuencia de la adicción, cuando lo que observamos es que se ajusta a las personas a las normas institucionales y no los preparan para resolver y recuperar la ruptura de sus compromisos con las personas del exterior. Sin embargo, no podemos olvidar mencionar que el mundo del personal es lo que constituye la posibilidad de que se lleve a cabo el tratamiento, no se trata de empresarios morales, sino de ingenuos morales que han comprado el paquete de las adicciones como la hegemonía Estatal lo ha establecido, aquí podemos encontrar que a pesar de dar terapias a las familias para que reintegren a su familiar que consume drogas, lo que se hace es venderles la idea de que las adicciones existen y refuerzan las ideas que los familiares tienen sobre sus hijos, padres, hermanos, esposos, sobrinos o nietos. Además, las Ceremonias institucionales fortalecen la noción de que instituciones como estas sirven para rehabilitar a las personas cuando en realidad estas se comportan conforme a los dictámenes de la institución en lo que vuelven a integrarse a la vida pública.

Coda: Consideraciones finales

Para finalizar este trabajo de investigación recordemos que su objetivo general fue el conocer y describir como se han establecido las instituciones para el tratamiento a las adicciones con sustancia tras la implementación del Estado que considera a los consumidores de sustancias ilícitas como enfermos. Lo anterior sobre la idea de que el tratamiento que se brinda a los consumidores de drogas ilícitas en centros para la atención a las drogodependencias como el CEAIA no está orientado a atender las adicciones, sino que estas personas son tratadas en calidad de internos por lo cual la institución no genera una rehabilitación sino una adaptación a la institución. Así, estos espacios legitiman el mito de la adicción que han incorporado las personas que pretenden llevar a cabo una campaña política de carácter moral en donde los expertos en el tema monopolizan la información y discusión sobre el tema de las drogodependencias.

Para entender esta situación, encontramos que la persona que consume sustancias ilícitas no incurre en una desviación hasta que se generan los campos semánticos, simbólicos y políticos necesarios para poner en acción el escenario que hace posible que su actividad sea percibida, por no consumidores, como algo aberrante. De esta manera, en un principio, las personas generan hábitos de consumo por el aprendizaje al formar su carrera como consumidor de sustancias ilícitas, pasando por etapas secuenciales, lo cual es posible únicamente si se tiene acceso a las camarillas de consumo de estos insumos.

Sin embargo, hemos revisado que, para que se considere dicha actividad como un acto indeseable por parte de los no consumidores, deben aparecer autoridades culturales o si se prefiere empresarios morales que hagan posible la aparición del drogadicto como figura retórica; de esta manera nace el consumo de dichas sustancias como un problema público, en el cual se persuade a los auditorios pensar que la campaña moral que ha emprendido esta autoridad cultural en verdad tiene que ser combatida para vivir en un estado de armonía social. Dicho esto, el empresario moral se hace de camarillas profesionales que ostentan jerarquía de credibilidad y que aportan

los elementos conceptuales jurídicos y médicos para la atención a las drogodependencias. Así, la actividad que realizan estas autoridades culturales como especialistas en el tema tiene una interacción por intercambio de efectos que interfiere con las interacciones cara a cara de las camarillas contravencionales con otras camarillas convencionales y que hace posible la aparición de estas figuras en la escena pública como criminales o como enfermos.

A su vez, nos percatamos de que no basta con comprender únicamente lo que las camarillas de profesionales, expertos en el tema de la adicción, hacen para poder crear el problema público. En cuanto a interacción por intercambio de efectos, México en su relación bilateral con la nación estadounidense se adhiere a la campaña cultural y moral que esta nación tiene en relación al tema de tráfico y consumo de sustancias clasificadas como ilícitas. La puesta en marcha de esta política exterior en la nación mexicana, hace posible la creación de paquetes estándar con situaciones definidas que se adentran en las actividades de la vida cotidiana y en la opinión pública tanto de las personas que consumen estas sustancias como de las que no.

Dicho lo anterior, no queremos decir que la estructura social defina todos los aspectos de la vida de las personas, es decir, lo que tratamos de hacer con la interacción por intercambio de efectos es dar a conocer que la sociedad no se organiza de manera jerárquica ascendente o descendente (que la estructura defina la acción o que la acción defina la estructura), sino que las personas que consumen sustancias ilícitas se encuentran, además de una etapa secuencial para la formación de su carrera moral, en una etapa multisimultánea en donde los quehaceres de una camarilla de personas rozan con las actividades de otras, provocando un estado permanente de hacer y padecer en la vida de las personas. De esta manera, la forma en la que se organizan y consensan los conceptos de las drogodependencias por parte de los psicólogos clínicos y psiquiatras tiene confrontaciones con lo que las personas han definido como consumo no problemático, lo cual ayuda a la consolidación y apertura de instituciones como empresa moral para “ayudar” a quienes no han pedido ayuda, sin que esto implique que existan personas que, por ingenuidad moral y

asimilación de la retórica de estos empresarios morales, soliciten tratamiento voluntario a su supuesta adicción como enfermedad mental.

Expusimos los elementos que se contraponen a la idea de la adicción como una enfermedad mental y lo redirigimos para verlo como un problema de la vida. Aseveramos que no existe la enfermedad mental de la adicción, sino que se trata de comportamientos que son clasificados como enfermedades pero que en realidad no son más que etiquetas expuestas por empresarios morales y ejecutores de las normas quienes han monopolizado el tema haciendo casi imposible la discusión del mismo de manera científica. Esto no implica que, si la persona cree semánticamente que la adicción existe como enfermedad, ya que fue persuadido, la enfermedad será real en sus consecuencias. Por tanto, la adicción y las drogodependencias que tanto se intenta eliminar no existe en términos orgánicos, sino en términos lingüísticos e interaccionales.

Al no existir la adicción, estos centros no tratan una enfermedad mental sino comportamientos que socialmente son percibidos como aberraciones y que tienden a ser moralmente sancionados debido a la creación del problema público. De hecho, el uso del manual de doce pasos de alcohólicos anónimos y el tratamiento Minnesota no son más que pseudotratamientos sin una chispa de ideas científicas. El hecho de prohibir las sustancias únicamente nos hace desconocer más de ellas. Al ser ilegales, los químicos, biólogos y médicos, por ejemplo, no desarrollan investigaciones que nos proporcionen un poco de conocimiento sobre su naturaleza, cuestiones como ¿Cuántas dosis de tal sustancia pueden producir sobredosis? ¿Cuáles son las enfermedades orgánicas que producen estas sustancias? ¿Cuántos muertos hay por estas enfermedades?

Una cuestión más a considerar es la idea de recaída en las drogas. Es posible considerar que las recaídas en el mundo de las drogas no se deben a la necesidad orgánica o a las fuerzas misteriosas y místicas que, supuestamente alojadas en el cerebro, operan para crear un deseo extremo por el uso de las sustancias. Las instituciones como el CEAIA únicamente controlan comportamientos que las personas desarrollaban en su yo civil y que se ven terminadas cuando se configura su idea de sí mismo como un paciente clínico

por uso de sustancias ilícitas. Las personas al salir del centro, vuelven a sus vidas cotidianas convencionales y contravencionales, vuelven a las camarillas con las que han aprendido a relacionarse y vivir; la recaída no es una recaída orgánica, es una recaída a los compromisos que se dejaron en pausa situacional en lo que ingresaban y salían del CEAIA.

Dados los argumentos y pruebas presentadas en esta tesis, podemos decir que la institución del CEAIA ayuda a consolidar la idea retórica de la existencia de la adicción como un ente orgánico y psíquico, lo cual ayuda a fortalecer el mito de que el consumo de sustancias ilícitas conlleva a una enfermedad mental y permanente. No existe cura a las adicciones, porque no son una enfermedad. Pero podemos pensar en personas que tienen problemas cotidianos que requieren de apoyo psicológico si lo requieren por verdadera convicción y no por coacción.

Lo que concluimos a partir de este trabajo de tesis es que para que exista un mundo para el tratamiento a las adicciones es necesario entender la organización y las interacciones en su conjunto. De esta manera, las relaciones bilaterales del país con otras naciones, los fundamentos de una economía neoliberal, las campañas impulsadas por la organización médica y psiquiátrica, la creación de paquetes estándar en sus fundamentos materiales, inmateriales y situacionales, el impulso mediático de estas ideas y los compromisos generados por las personas en la interacción con otras personas, la credulidad de las personas sobre la existencia de la adicción hacen posible que exista el fenómeno de tratamiento a las adicciones. De esta manera, nuestra propuesta se encaminó a establecer una aplicación de la *teoría interaccionista organizacional de la desviación* que no solo ve las interacciones cara a cara, sino que observa los intercambios de efectos de naciones con otras naciones, del Estado con la institución, de personas con otras personas, de instituciones con personas, y todas las combinaciones posibles que formulan la existencia de un mundo.

Cabe destacar que en ningún momento nos oponemos a que existan estos centros para la atención a las “drogodependencias”, las personas tienen problemas por el consumo de estas sustancias, pero son problemas sociales,

no problemas orgánicos ni de salud y para resolverlos no necesitan de un internamiento “voluntario”. La invitación de este trabajo de tesis es poder elaborar una reflexión en el lector de pensar de manera distinta el fenómeno de las así llamadas adicciones. Que exista el paquete estándar sobre el tema no implica que no podamos hacer las cosas de manera distinta. Tomemos por ejemplo el caso de Franco Basaglia quien realizó un movimiento en Italia para reformular la manera de pensar la locura y cerrar los centros psiquiátricos de internamiento involuntario con la promulgación de la Ley 180. Esto implica pensar en un paquete en el que se pueda dar atención a las personas que deseen reestablecer las relaciones sociales rotas a causa de su compromiso con las drogas y no a castigarlas por una acción que no es una enfermedad, es un estilo de vida y una manera de comportarse.

Sin más, espero que el documento sea de sencilla comprensión y lectura para quien lo tiene en sus manos y sea una herramienta para la discusión sobre el tema. Aclaro que, si existe algún error por parte de este sociólogo en el desarrollo de esta tesis, es error propio.

ANEXOS

Tabla 1. Firma de tratados en la relación bilateral México-Estados Unidos de América

Año del tratado	Nombre del tratado	Año de incorporación de México	Presidente del EUA durante la elaboración del tratado	Presidente de México durante su incorporación al tratado	Presidente de EUA durante la incorporación de México en el tratado
1912	Convenio internacional del opio	1925	William Howart Taft Partido republicano	Plutarco Elías Calles Partido Laborista Mexicano	Calvin Coolidge Partido republicano
1931	Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de drogas estupefacientes y protocolo de firma	1935	Hebert Hoover Partido republicano	Lázaro Cárdenas Del Rio PNR	Franklin D. Roosevelt Partido demócrata
1937	Convención para la supresión del tráfico ilícito de estupefacientes nocivos y protocolo de firma	1955	Franklin D. Roosevelt Partido demócrata	Adolfo Ruiz Cortines PRI	Dwight D. Eisenhower Partido republicano
1946	Protocolo que enmienda los acuerdos, convenciones y protocolos sobre estupefacientes	1955	Harry S. Truman Partido demócrata	Adolfo Ruiz Cortines PRI	Dwight D. Eisenhower Partido republicano
1961	Convención única de 1961 sobre estupefacientes	1967	John F. Kennedy Partido demócrata	Gustavo Díaz Ordaz PRI	Lyndon B. Johnson Partido demócrata
1972	Convenio sobre sustancias psicóticas	1975	Richard Nixon Partido republicano	Luis Echeverría Álvarez PRI	Gerald R. Ford Partido republicano
1976	Protocolo de modificación de la convención única de 1961 sobre estupefacientes	1977	Gerald R. Ford Partido republicano	José López Portillo PRI	James Earl Carter Jr. Partido demócrata
1989	Convención de las naciones unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.	1990	George H. W. Bush Partido republicano	Carlos Salinas de Gortari PRI	George H. W. Bush Partido republicano

Elaboración propia

Cuadro 2: comparación de capacidad y población en los 15 centros carcelarios del Estado de Hidalgo, de enero 2014 a diciembre 2017.

centro	capacidad enero-junio 2014	población enero-junio 2014	capacidad julio-diciembre 2014	población julio-diciembre 2014	capacidad enero-junio 2015	población enero-junio 2015	capacidad julio-diciembre 2015	población julio-diciembre 2015	capacidad enero-junio 2016	población enero-junio 2016	capacidad julio-diciembre 2016	población julio-diciembre 2016	capacidad enero-junio 2017	población enero-junio 2017	capacidad julio-diciembre 2017	población julio-diciembre 2017
Actopan	80	167	80	165	80	154	80	167	80	168	80	164	80	90	80	106
Apan	22	107	22	112	22	111	22	128	22	115	22	113	74	58	69	80
Huasteca	256	272	272	271	272	280	272	276	272	270	272	273	272	292	272	286
Huichapan	39	80	39	90	39	87	39	80	39	80	39	78	39	80	39	67
Ixmiquilpan	54	140	54	152	54	161	54	163	54	155	54	152	54	138	54	142
Jacala	40	77	41	78	41	78	41	83	41	83	41	84	41	80	41	73
Mixquiahuala	40	70	43	72	44	82	44	85	44	76	44	71	44	64	44	58
Molango	140	130	140	143	140	151	140	167	140	162	140	157	166	150	166	159
Pachuca	840	1334	900	1441	654	1427	654	1346	654	1297	947	1323	947	1440	947	1525
Tenango de Doria	100	129	100	151	174	156	174	163	174	141	172	142	172	143	172	138
Tula	176	553	266	581	168	612	300	608	300	575	292	556	292	543	292	514
Tulancingo	346	480	346	530	346	552	346	547	346	549	354	516	354	499	354	533
Atotonilco	10	39	12	51	12	50	12	45	12	53	12	26	12	26	12	22
Metztitlán	10	5	15	10	15	15	15	24	15	26	12	18	16	18	16	14
Tizayuca	48	219	48	237	58	258	58	228	58	189	58	103	56	111	56	119
Zacualtipán	15	35	12	43	12	36	12	38	16	41	11	20	12	22	12	31
Zimapán	19	20	19	18	19	14	19	15	19	19	19	10	19	12	0	0
Centro de Internamiento para Adolescentes	100	81	94	74	100	59	100	51	120	46	100	23	100	23	110	24
TOTAL	2335	3938	2503	4219	2250	4283	2382	4214	2406	4045	2669	3829	2750	3789	2736	3891

Elaboración propia utilizando informes de la Comisión Nacional de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo titulados "diagnostico penitenciario" enero 2014 a diciembre 2017.

Gráfico 2: Comparación de capacidad y población existente en los Centros de Reincerción Social y Cárceles Distritales en Hidalgo según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el primer semestre enero-junio 2014.

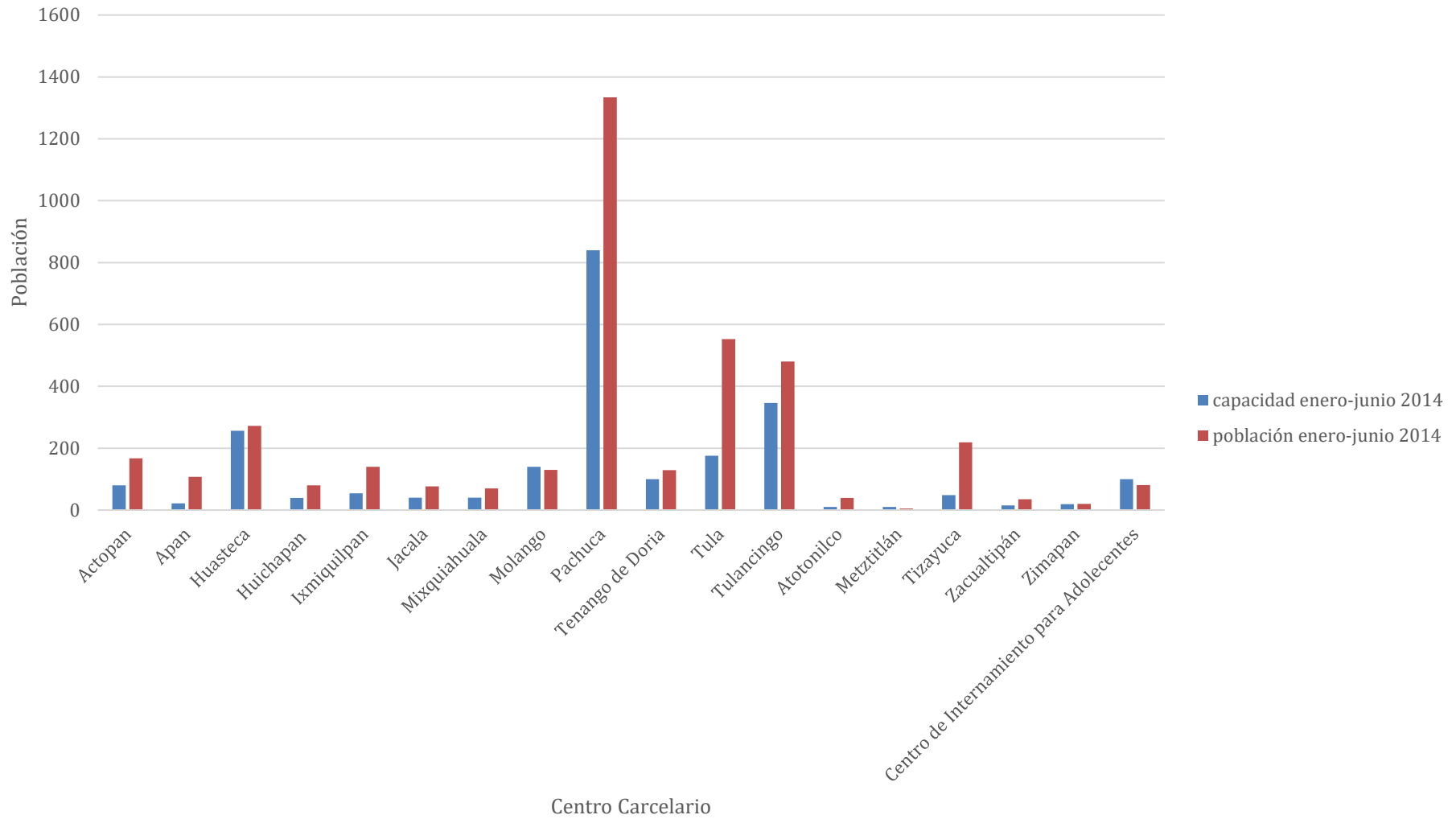


Gráfico 3: Comparación de capacidad y población existente en los Centros de Reinserción Social y Cárceles Distritales en Hidalgo según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el segundo semestre julio-diciembre 2014.

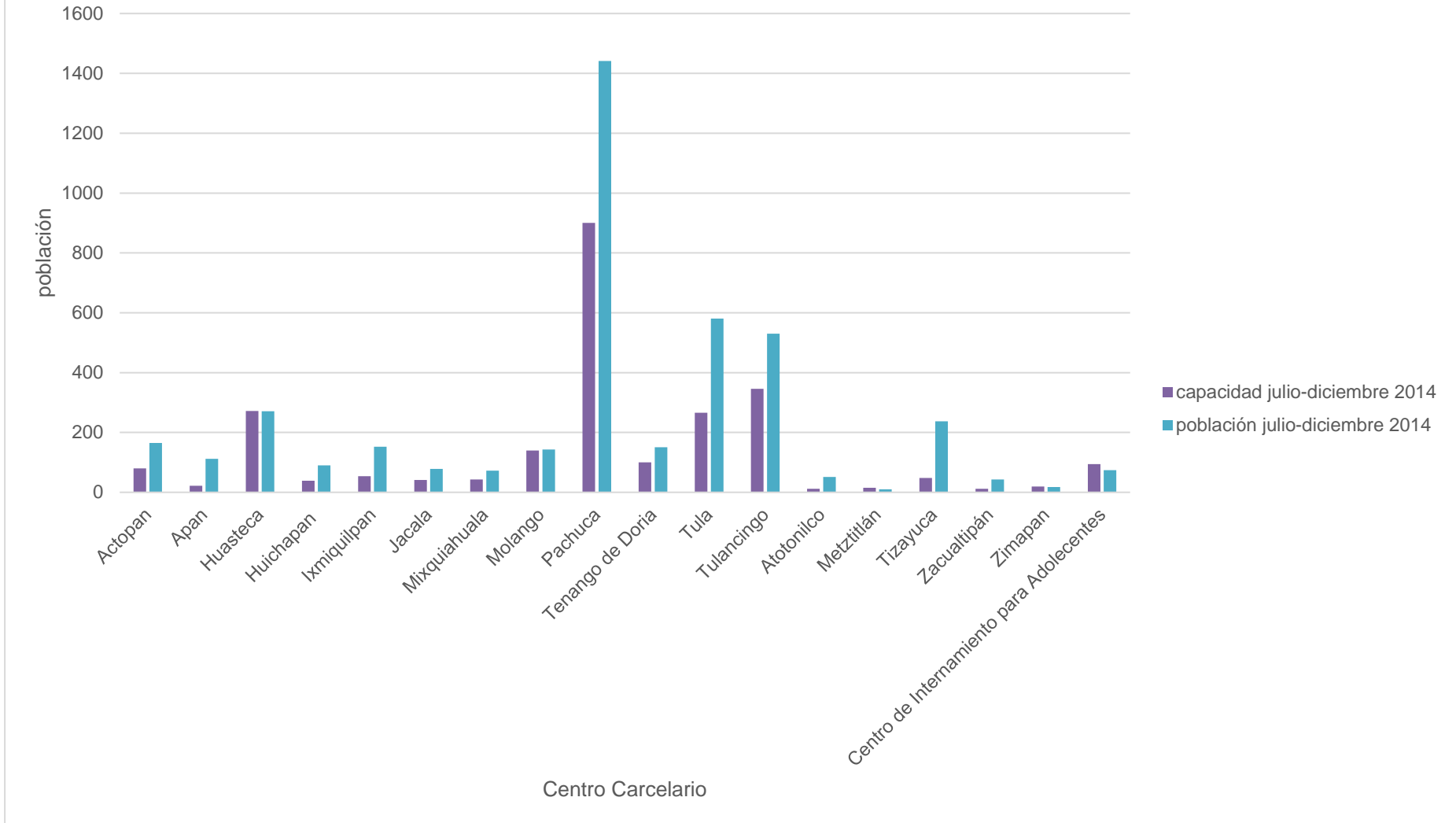


Gráfico 4: Comparación de capacidad y población existente en los Centros de Reincerción Social y Cárceles Distritales en Hidalgo según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el primer semestre enero-junio 2015.

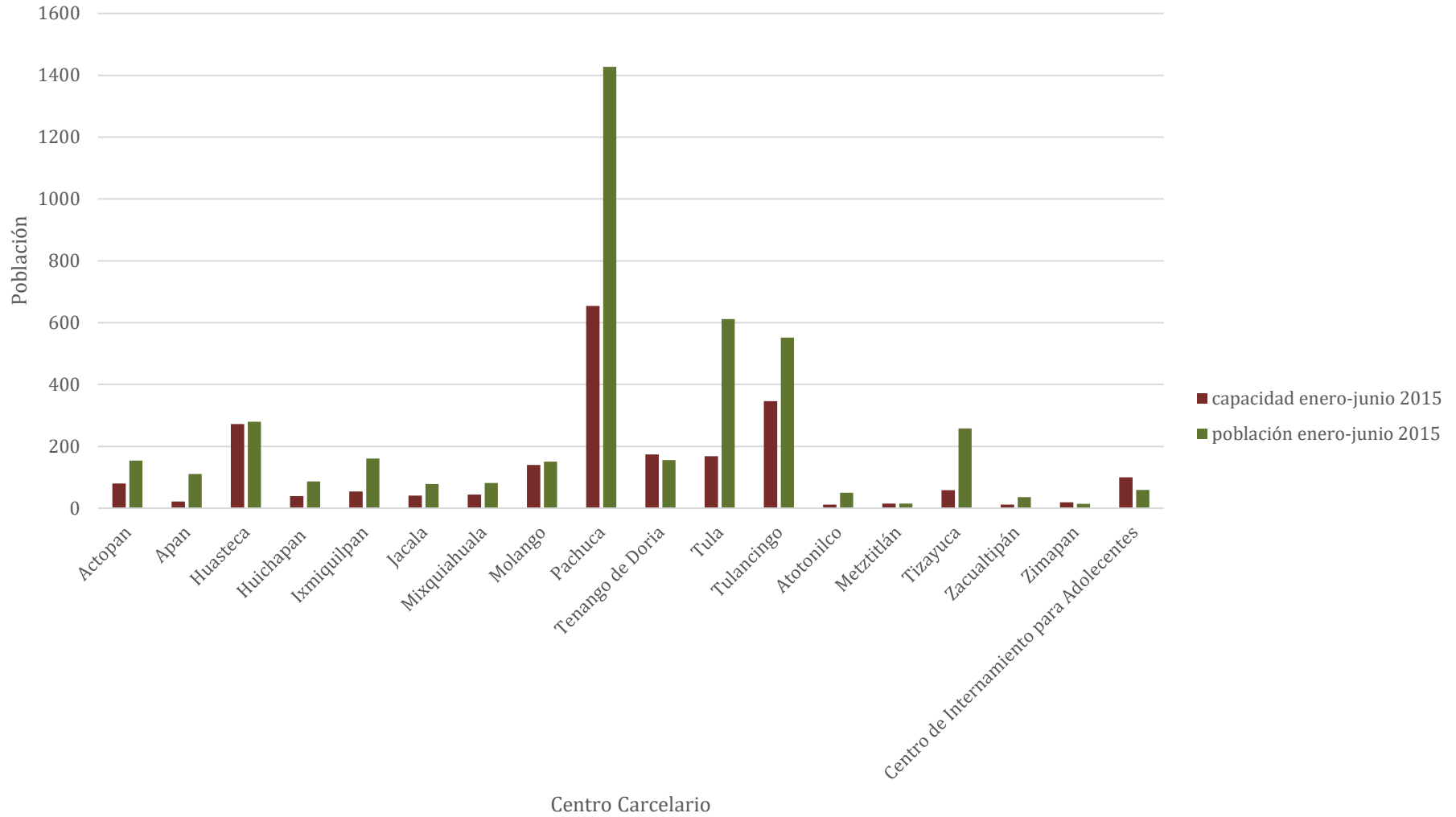


Gráfico 5: Comparación de capacidad y población existente en los Centros de Reinserción Social y Cárceles Distritales en Hidalgo según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el segundo semestre julio-diciembre 2015.

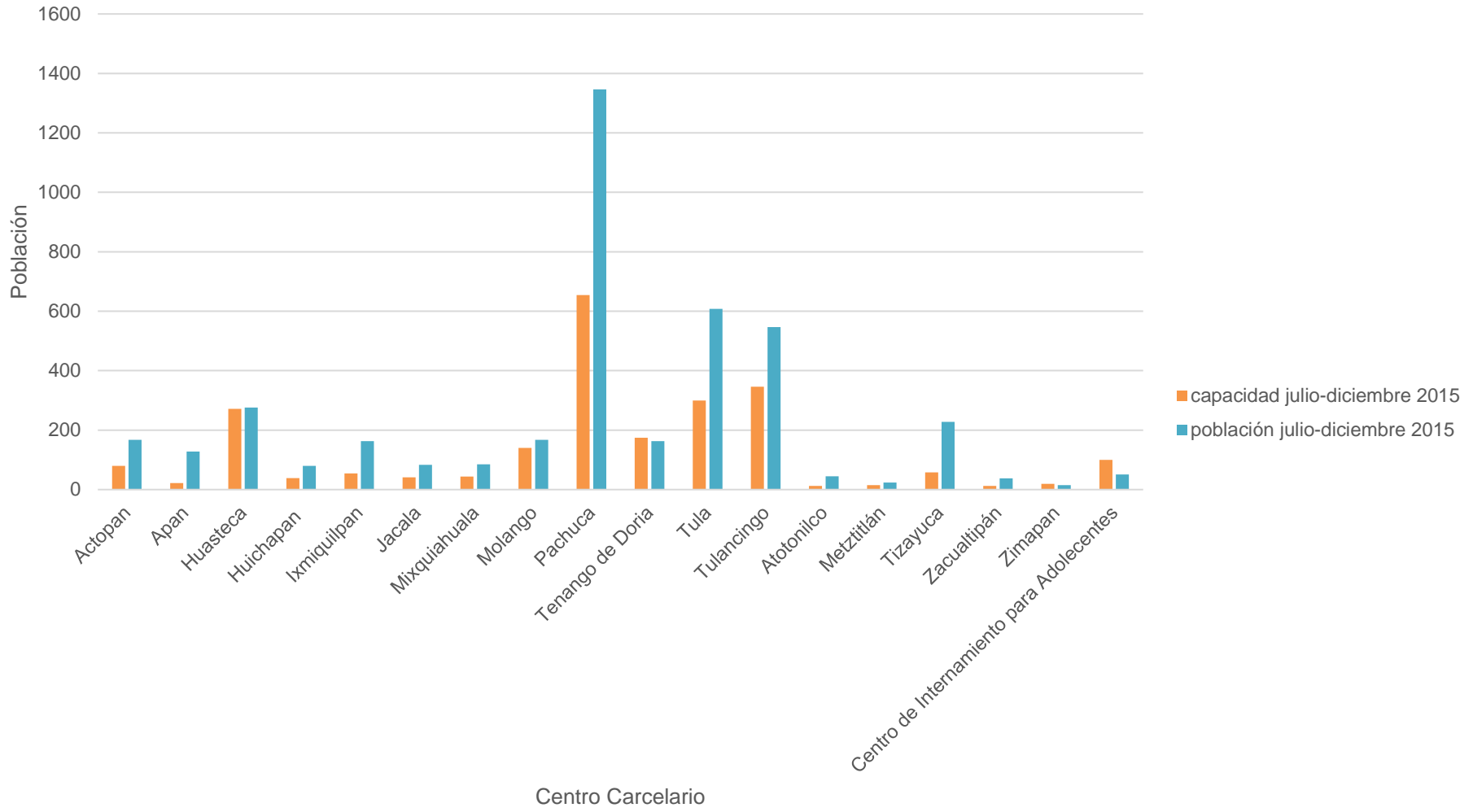


Gráfico 6: Compartación de capacidad y población existente en Centros de Reinserción Social y Cárceles Distritales en Hidalgo según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el primer semestre enero-junio 2016.

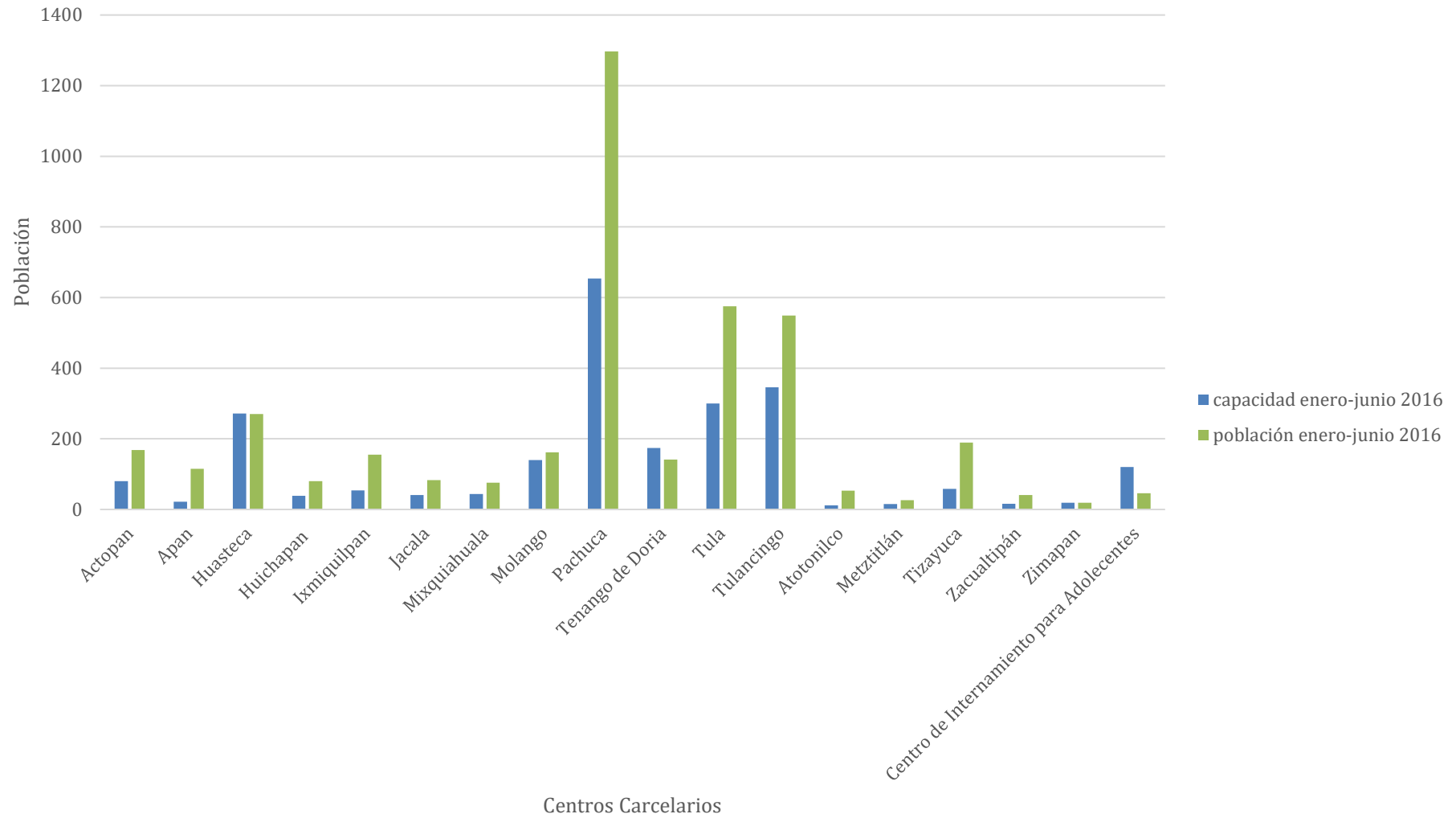


Gráfico 7: Comparación de capacidad y población existente en Centros de Reinserción Social y Cárceles Distritales en Hidalgo según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el segundo semestre julio-diciembre 2016.

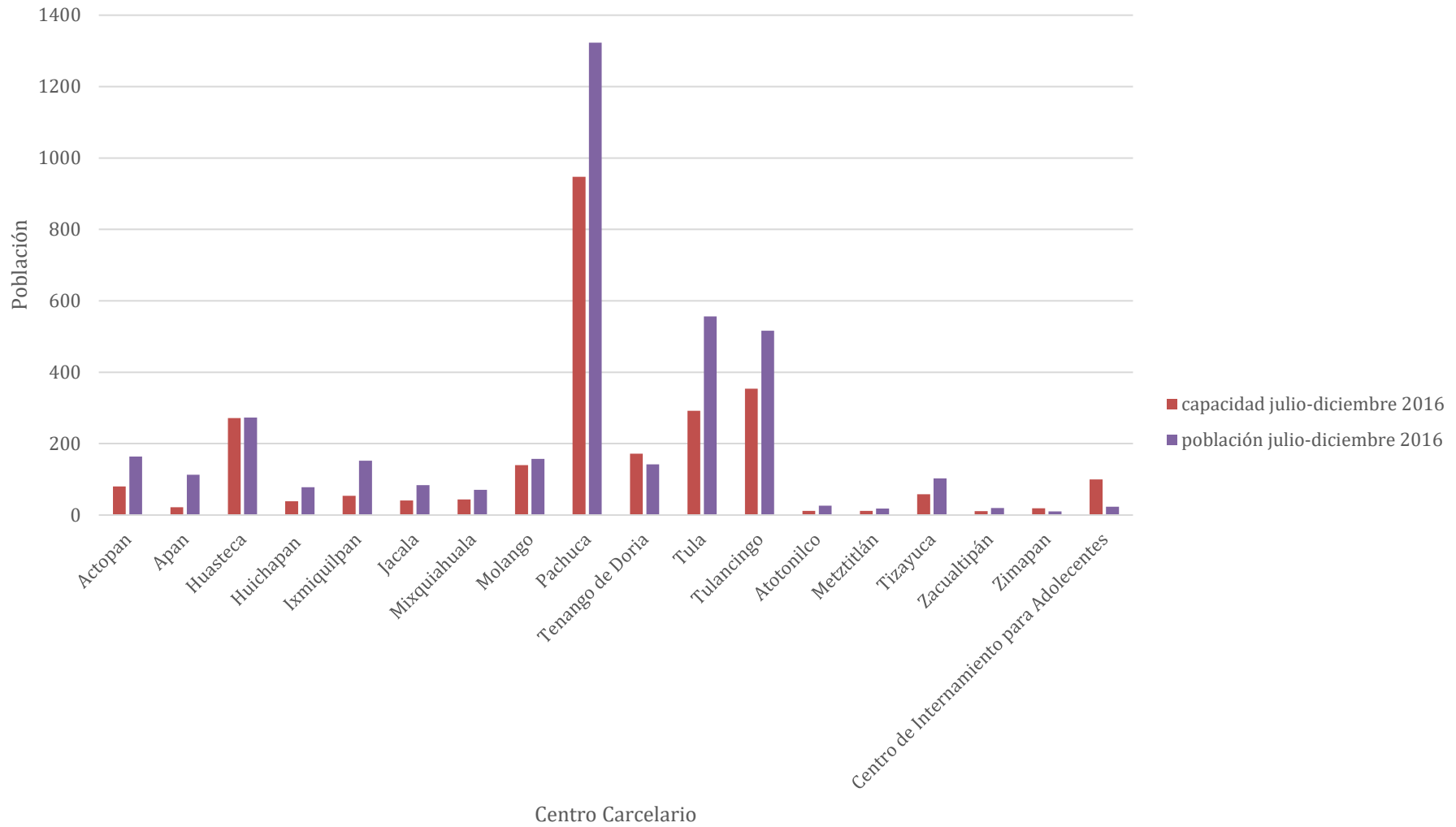


Gráfico 8: Comprobación de capacidad y población existente en Centros de Reincerción Social y Cárceles Distritales en Hidalgo según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el primer semestre enero-junio 2017.

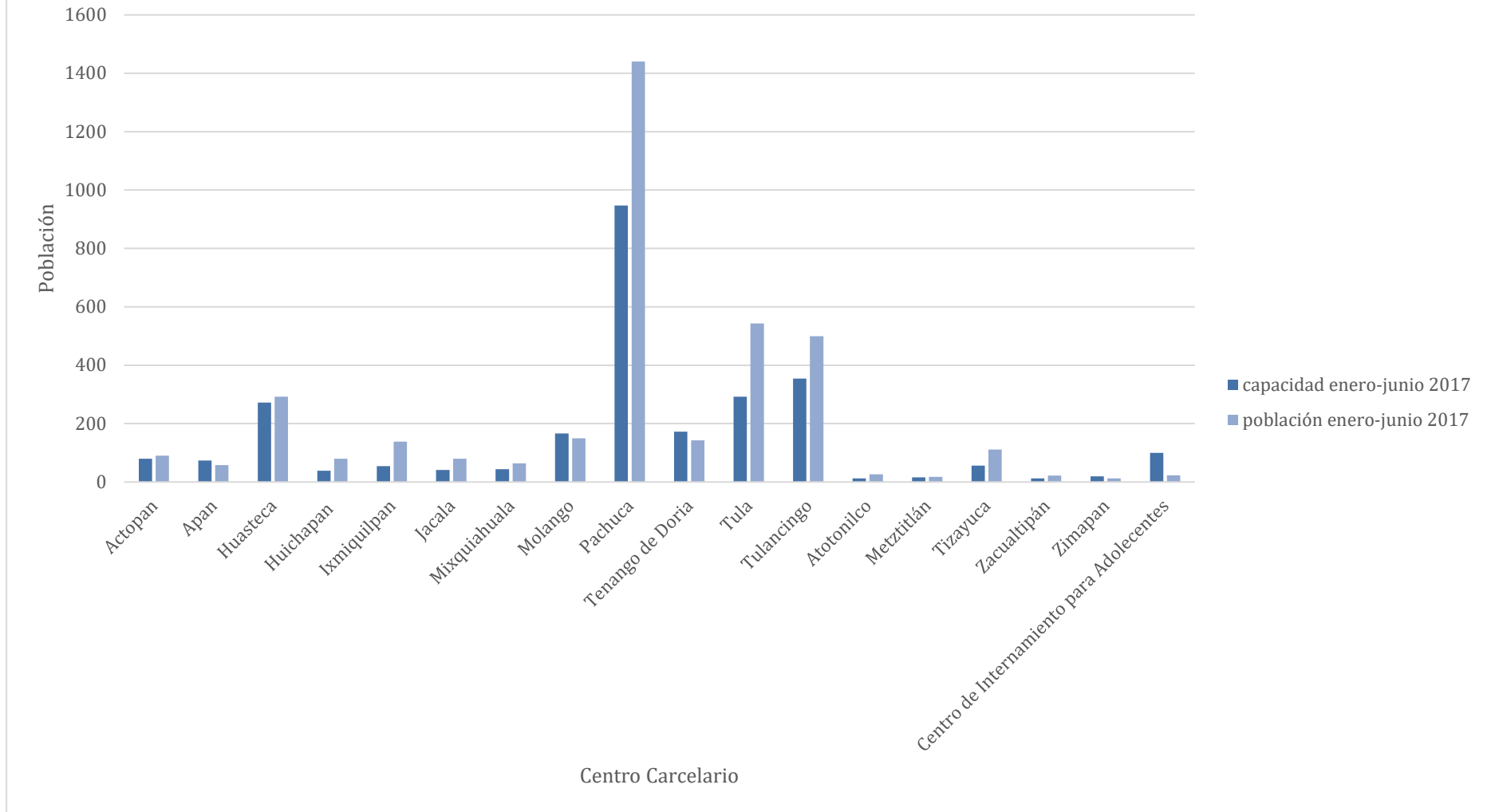


Gráfico 9: Comparación de capacidad y población existente en Centros de Reincerción Social y Cárceles Distritales según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo en el segundo semestre julio-diciembre 2017.

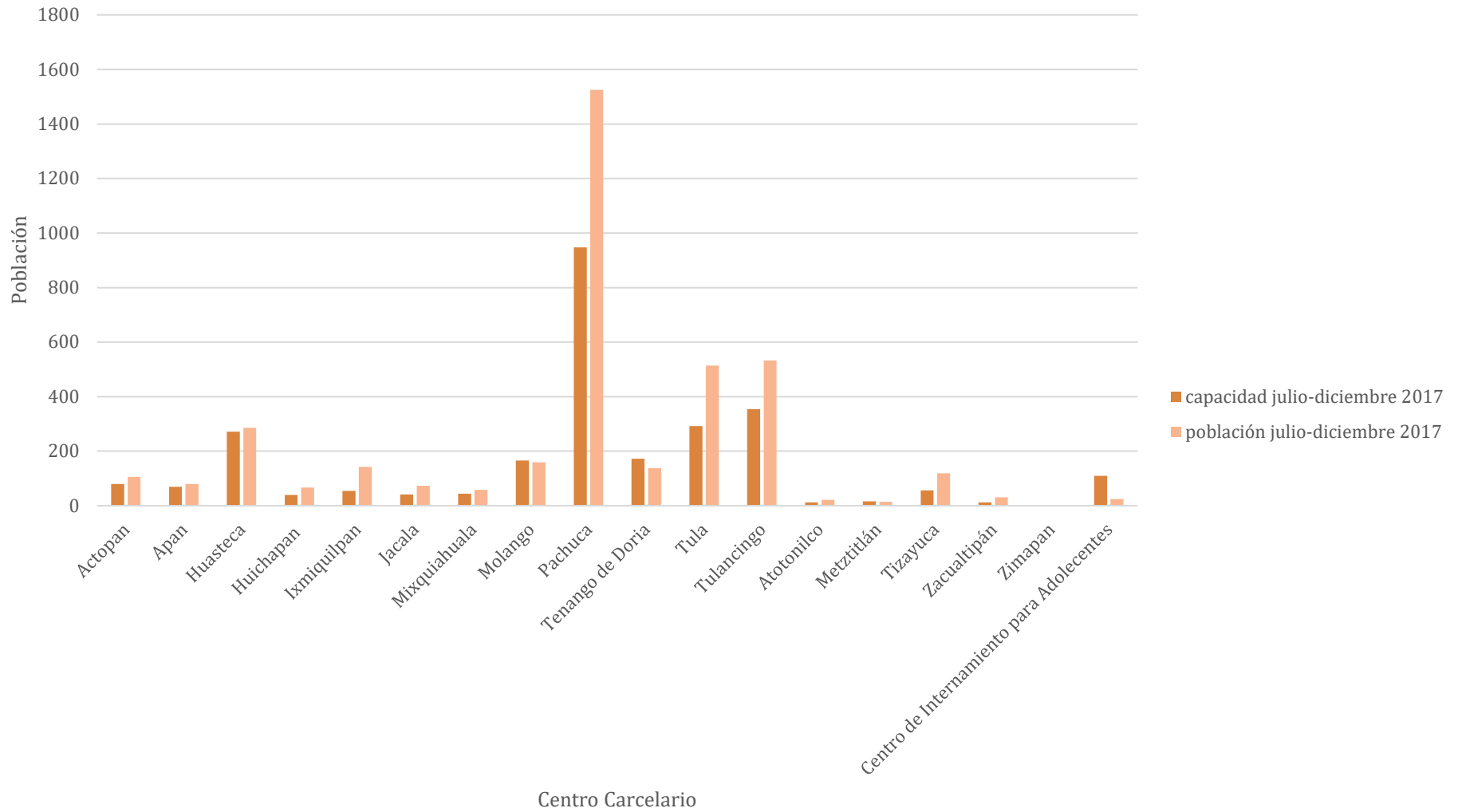


Tabla 2: cantidad de trastornos mentales y síntomas que hacen posible el diagnóstico de la enfermedad mental por consumo de sustancias.

sustancias	Trastorno por consumo	Trastorno inducido por consumo	Trastorno inducido por consumo no especificado	síntomas
Alcohol	2	12	1	19
Alucinógenos	2	7	1	21
Anfetamina	2	10	1	32
Cafeína	0	3	1	14
Cannabis	2	6	1	10
Cocaína	2	10	1	33
Fenciclidina	2	7	1	21
Inhalantes	2	7	1	21
Nicotina	1	1	1	9
Opiáceos	2	9	1	25
Sedantes	2	12	1	25
Hipnóticos	2	12	1	25
Ansiolíticos	2	12	1	25
Varias Sustancias (11)	2	13	1	165
total	25	121	14	445

Elaboración propia a partir de información del DSM IV

Cuadro 5: Personal adscrito a centros penitenciarios en el Estado de Hidalgo por tipo de función de 2010 a 2016.

función	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Directivo, de administración y/u operación	92	92	84	87	85	13	12
Custodios y/o vigilantes primer nivel jerárquico	N/A	2	5	4	0	4	7
Custodios y/o vigilantes nivel intermedio de jerarquía	N/A	17	10	14	17	18	24
Custodios y/o vigilantes nivel operativo de jerarquía	N/A	251	249	245	240	228	212
Custodios y/o vigilantes	268	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Personal de apoyo	58	57	61	55	58	76	45
Equipo técnico o de operación (médico)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	8	9
Equipo técnico o de operación (trabajo social)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	12	11
Equipo técnico o de operación (psicología)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	11	11
Equipo técnico o de operación (criminología)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0	0
Equipo técnico o de operación (jurídico)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	18	19
Equipo técnico o de operación (pedagogía)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	9	5

N/A= No Aplica

Elaboración propia a partir de la base de datos del CNGSPSE de INEGI de 2011-2017.


Fotografía 1: croquis de las áreas del CEAIA




Extraído de vitrina pública en el CEAIA de manera encubierta.

Fotografía 2: Horarios completos de los residentes adultos en el CEAIA.

Boulevard Luis Donaldo Colosio No.100 Fracc.Colosio I Pachuca, Hgo. C.P.42800
Tel.(01771)795073
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VARONES



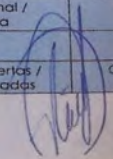
Atención Integral
de las Adicciones
HIDALGO



SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

Trabajo social
Medicina y enfermería
Asistente terapéutico
Enfermería

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
6:00-6:30	Levantarse, tender camas y aseo personal	Levantarse, tender camas y aseo personal	Levantarse, tender camas y aseo personal	Levantarse, tender camas y aseo personal	Levantarse, tender camas y aseo personal	Levantarse, tender camas y aseo personal	Levantarse, tender camas y aseo personal
6:30- 7:00						Actividad física	Actividad física 6:30 - 7:15
7:00 - 8:00	Actividad física	Actividad física	Actividad física	Actividad física	Actividad física	Actividad física	Labor Comunitaria 7:15 - 8:00
8:00- 9:00	Junta de Reflexión	Junta de Reflexión	Junta de Reflexión	Junta de Reflexión	Junta de Reflexión	Junta de Reflexión	Junta de Reflexión
9:00-9:30	Labor comunitaria / Lavado de Ropa	Labor comunitaria / Lavado de Ropa	Labor comunitaria / Lavado de Ropa	Labor comunitaria / Lavado de Ropa	Labor comunitaria / Lavado de Ropa	Labor comunitaria / Lavado de Ropa	Baño
9:30-10:00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	(Medicina y A.T.)
10:00- 10:15	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Desayuno
10:15-11:45	Terapia Grupal	Psicoeducación "Habilidades para el manejo de emociones"	Reinserción social / Capacitación para el trabajo	Psicoeducación "Habilidades Sociales y recreativas / aserividad"	Reinserción social / Capacitación para el trabajo	Taller "La familia en el proceso adictivo"	Psicoeducación "Habilidades para el manejo de emociones"
11:50-12:00	Colación	Colación	Colación	Colación	Colación	Colación	Colación
12:00-13:15	Limpieza profunda	Retroalimentación	Cinedebate y ejercicio reflexivo	Junta de Estudio	Técnicas de Relajación / Yoga	Psicoeducación "Relación de pareja / violencia/equidad de género en el proceso adictivo"	Psicoeducación "Conciencia sobre la enfermedad/Daños al organismo"
13:15-14:15	Rehabilitación Psicomatriz	Baño	Baño	Baño	Junta de Estudio	Junta de Estudio	Junta de Estudio
14:15-15:00	Baño	Baño	Baño	Baño	Baño	Baño	Rehabilitación Psicomatriz
15:00-15:45	Medicina y A.T.	Medicina y A.T.	Medicina y A.T.	Medicina y A.T.	Medicina y A.T.	Medicina y A.T.	Comida
15:00-15:45	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
15:45-16:00	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata
16:00-17:30	Junta de Estudio	Reinserción social /Huerto	Rehabilitación Psicomatriz 16:00-17:00	Psicoeducación "Metas de la vida cotidiana"	Lista y Revisión de pertenencias	Clinica de Tabaco	Retroalimentación
17:30-19:00	Psicoeducación "Relación de pareja / violencia/equidad de género en el proceso adictivo"	Psicoeducación "Factores protectores, factores de riesgo y craving"	Junta de Estudio 17:00 - 18:00	Psicoeducación "entrenamiento en solución de problemas"	Reinserción Social /Huerto	Cinedebate y ejercicio reflexivo	Taller "Habilidades para el manejo de emociones"
17:30-19:00	Colación	Colación	Lectura y escritura 18:00 - 19:00	Colación	Colación	Colación	Colación
17:50-18:00	Colación	Colación	Colación	Colación	Colación	Colación	Colación
19:00-19:30	Servicios de la tarde /Lavado de Ropa	Servicios de la tarde /Lavado de Ropa	Servicios de la tarde /Lavado de Ropa	Servicios de la tarde /Lavado de Ropa	Lectura y Escritura AA	Cinedebate y ejercicio reflexivo	Cinedebate y ejercicio reflexivo
19:30-21:00	Catarsis	Catarsis	Catarsis	Catarsis	Catarsis	Catarsis	Catarsis
21:00- 21:30	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena
21:30- 21:45	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata	Aseo personal / Caminata
21:45-22:00	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre
22:00	Cierre de puertas / Luces apagadas	Cierre de puertas / Luces apagadas	Cierre de puertas / Luces apagadas	Cierre de puertas / Luces apagadas	Cierre de puertas / Luces apagadas	Cierre de puertas / Luces apagadas	Cierre de puertas / Luces apagadas


 Autorizado 18/04/17

Extraído del mural del área residencial de adultos varones en el CEAIA de manera encubierta.

Carta de la institución Oceánica 1 de 3.



Mazatlán, Sin. a 26 de Agosto del 2016.

Para: Sr. Cesar

Oceánica es el único Centro en Latinoamérica con tecnología de tratamiento desarrollado por **Betty Ford Center** para la atención profesional del alcoholismo, otras adicciones, codependencia, farmacodependencia, Trastorno de la conducta alimentaria y ludopatía. Toda una trayectoria institucional recuperando vidas y familias. Con 24 años de experiencia y más de 13,000 personas tratadas de México y del mundo de habla hispana.

Con un programa de tratamiento sustentado en el **Modelo Minnesota**, atendiendo los principios de respeto, amor y dignidad a la persona.

Para Oceánica la confidencialidad es nuestro valor más importante, por lo que toda su estancia, los pormenores de su vida y tratamiento es estrictamente salvaguardados por nosotros y la decisión de revelar información a familiares, amigos y demás personas es privilegio exclusivo del paciente.

El tratamiento se lleva a cabo en tres etapas.

1.- Valoraciones y Proceso de Estabilización.

Se realiza durante las primeras dos semanas de tratamiento, se hace una minuciosa evaluación médica, una desintoxicación personalizada, exámenes de laboratorio, Valoración completa de la parte Psiquiátrica, Espiritual, Nutricional, Psicológica y Psicosocial.

Carta de la institución Oceánica 2 de 3.

2.- Plan de Tratamiento.

Es diseñado por Psicólogos, Médicos, Psiquiatras, Enfermeras especializadas, Terapeutas certificados en adicciones, Consejeros espirituales, Nutriólogos, Consejeros familiares, Especialistas en educación física y una plantilla de Técnicos especializados en adicciones.

2.1- Programa Semana Familiar.

Se lleva a cabo durante el Plan de Tratamiento ya que la meta es ayudar al paciente y también a sus seres queridos, por eso es, que en Oceánica dentro del tratamiento; ofrecemos un proceso de alivio tanto para el paciente como para los seres que más lo aman. El Programa Familiar ha sido diseñado para poner las piezas rotas de nuevo en su lugar y brindar un nuevo comienzo también para la familia. Esto se brinda entre la tercera o cuarta semana de estancia del paciente, incluye a un miembro de la familia.

3.- Programa de Cuidado Continuo.

Al terminar su estancia en el centro de tratamiento se le asigna al paciente un terapeuta permanente durante los próximos 6 meses a su salida para que este en contacto con el vía telefónica monitoreando así su proceso de recuperación y evitando una posible recaída.

Instalaciones.

Todo el tratamiento se lleva a cabo en nuestro centro ubicado en la ciudad de Mazatlán, Sinaloa. Somos el único Centro de Tratamiento Oceánica que existe y estamos justo al norte de la ciudad sobre la costa del pacífico, estamos frente a la playa así que nuestro centro le brinda al paciente un ambiente terapéutico, abierto y relajado para su recuperación.

Carta de la institución Oceánica 3 de 3.

El paciente siempre está en contacto con sus seres queridos, puede recibir y realizar llamadas todos los fines de semana y puede recibir visitas a partir del segundo fin de semana.

Visite nuestra página

www.oceanica.com.mx

Para cualquier duda o aclaración puede ponerse en contacto conmigo por este mismo medio o llámeme a los teléfonos **01 55 56153333** o **01 669 9898800**.



Lourdes Quintero

Asesor de Admisiones

Tel: (669) 989 8800 | Ext. 248

Email: lourdesquintero@oceanica.com.mx

Web: <http://www.oceanica.com.mx>

Carta de impartición de cursos de ajedrez en CEAIA.



Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones

Mtra. María Nancy Escobar Licona
Directora

Dar vida no debe ser asunto de muerte. Se responsable ¡Por una Maternidad saludable!

Dependencia:	Servicios de Salud de Hidalgo
U. Administrativa:	Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones
Área generadora:	Dirección
No. de Oficio:	929

ASUNTO: Constancia taller Ajedrez

A quien corresponda
Presente

La que suscribe Mtra. María Nancy Escobar Licona, Directora del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones (CEAIA), hace constar que, C. César Ángeles García alumno inscrito en el programa en Ciencias Sociales del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, con matrícula 232361 realizó satisfactoriamente el taller de Ajedrez dirigido a usuarios adultos y adolescentes de este Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones, en el periodo comprendido de Febrero a Mayo del presente año.

Se extiende la presente a petición de, César Ángeles García en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, a los doce días del mes junio de dos mil diecisiete.

Atentamente

MNEL'ntgr



Bibliografía

Libros consultados

- Alexander, J.A. (2008). *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial*. México, Distrito Federal: Ed. Gedisa
- Ángeles, C. (2014). *La desmitificación del consumo de marihuana: una perspectiva del consumo desde la teoría del interaccionismo de la desviación*. En *temas de investigación social en México, 2014* (Pp. 327-337). Pachuca de Soto, México: Ed. Consejo Editorial UAEH.
- Astorga, L.A. (1996). *El siglo de las drogas*. México, Distrito Federal: Ed. Grijalbo
- Astorga, L.A. (2007). *Seguridad, traficantes y militares. El poder y la sombra*. México, Distrito Federal: Ed. Tusquest
- Astorga, L.A. (2015a). *¿Qué querían que hiciera? Inseguridad y delincuencia organizada en el gobierno de Felipe Calderón*. México, Distrito Federal: Ed. Grijalbo
- Astorga, L.A. (2015b). *Drogas sin fronteras*. México, Distrito Federal: Ed. Penguin Random House Group
- Baudrillard, J. (2011). *Crítica de la economía política del signo*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- Becker, H.P. y Barnes, H.E. (1984). *Historia del pensamiento social I: historia e interpretación de las ideas acerca de la convivencia humana*. México, Distrito Federal: Ed. Fondo de Cultura Económica
- Becker, H.S. (2008). *Los mundos del arte: sociología del trabajo artístico*. Quilmes, Argentina: Ed. Universidad nacional de Quilmes editorial.
- Becker, H.S. (2009a). *Outsiders, hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- Becker, H.S. (2009b). *Trucos del oficio: como conducir su investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- Becker, H.S. (2011). *Manual de escritura para científicos sociales: cómo empezar y terminar una tesis, un libro o un artículo*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores

- Becker, H.S. (2015). *Para hablar de la sociedad la sociología no basta*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- Borgois, P. (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- Bottomore, T. Y Nisbet, R. (2001). *Historia del análisis sociológico*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Calveiro, P. (2012). *Violencias de Estado: la guerra antiterrorista y la guerra contra el crimen como medios de control global*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- De la Fuente, R. (2015). *Psicología médica*. México, Distrito Federal: Ed. Fondo de Cultura Económica
- Durkheim, E. (2009). *Las formas elementales de la vida religiosa*. México, Distrito Federal: Ed. Coyoacán
- Durkheim, E. (2009). *Reglas del método sociológico*. México, Distrito Federal: Ed. Coyoacán
- Elías, N. (2008). *Sociología fundamental*. Barcelona, España: Ed. Gedisa
- Elías, N. (2016). *Sociología fundamental*. México, Distrito Federal: Ed. Fondo de Cultura Económica
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires, Argentina: ed. Paidós
- Escohotado, A. (2014). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona, España: Ed. Anagrama
- Goffman, E. (2006). *Frame analysis: los marcos de la experiencia*. Madrid, España: Ed. Centro de Investigaciones sociológicas
- Goffman, E. (2009). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Goffman, E. (2010). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Goffman, E. (2012). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Goffman, E. et al. (2008). *La nueva comunicación*. Barcelona, España: Ed. Kairós

- Gusfield, J. (2014). *La cultura de los problemas públicos: el mito del conductor alcoholizado*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (2014). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona, España: Ed. Paidós Básica
- Hobsbawn, E. (2012). *Historia del siglo XX*. Barcelona, España: Ed. Planeta
- Le Poulichet, S. (2012). *Toxicomanía y psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Lindesmith, A. y Denzin, N. (2006). *Psicología social*. Madrid, España: Ed. Centro de Investigaciones Sociológicas
- Lindesmith, L. (1938). *A sociological theory of drugs addiction*. (Valeria Debeningo, trad.). Chicago, Estados Unidos: Ed. Chicago press
- López, E. (2009). *Drogas, su legalización*. México, distrito Federal: Ed. Porrúa
- Malprica, L. (2002). *La influencia del derecho internacional en el derecho mexicano: la apertura del modelo de desarrollo de México*. México, Distrito Federal: Ed. Limusa
- Maquiavelo, N. (2003). *El príncipe*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Plaza Dorrego editores
- Matza, D. (2014). *Delincuencia y deriva: cómo y por qué algunos jóvenes llegan a quebrar la ley*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI editores
- Mead, G.H. (1973). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona, España: Ed. Paidós
- Picó, J. y Serra, I. (2010). *La escuela de Chicago de sociología*. Madrid, España: Ed. Siglo XXI editores
- Simmel, G. (2014). *Filosofía de la coquetería y otros ensayos*. México, Distrito Federal: Ed. Coyoacán
- Simmel, G. (2017). *Sobre la diferenciación social*. México, Distrito Federal: Ed. Gedisa.
- Szasz, T. (2000). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Szasz, T. (2001). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona, España: Ed. Anagrama

- Szasz, T. (2002). *Esquizofrenia: el símbolo de lo sagrado de la psiquiatría*. México, Distrito Federal: Ed. Coyoacán
- Szasz, T. et al. (2015). *Razón, locura y sociedad*. México, Distrito Federal: Ed. Siglo XXI editores
- Taylor, I., Walton, P. y Young, J. (2007). *La nueva criminología: contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (2015). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid, España: Ed. Paidós.
- Uwe, F. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ed. Morata
- Wacquant, L. (2015). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Manantial

PDF y libros electrónicos consultados

- Babín, F.A. (2013). *El debate por la legalización de las drogas*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289125756004>
- Becker, H. S. (1995). *El poder de la inercia*. (Claudio E. Benzecry, trad.). recuperado de <https://es.scribd.com/document/334906291/Howard-Becker-El-poder-de-la-incercia-pdf>
- Becker, H.S. (1967). *¿De qué lado estamos?* (Ligia Sánchez y Florencia Malcom, trad.) Recuperado de <https://doctiktak.com/de-que-lado-estamos-becker.html>
- Becker, H.S. (1999). *La escuela de Chicago, así llamada*. (Jesús Treviño trad.). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/92471726/La-Escuela-de-Chicago-Howard-Becker>
- Becker, H.S. (2012). *Interaction: some ideas*. Recuperado de <http://www.howardsbecker.com/articles/interaction.html>
- Berrio, V. (2009). *Raíces y evolución del DSM*. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj6uvC5gaTgAhVid8KHcRuCIAQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3043153.pdf&usg=AOvVaw28CzVdKcVHrL_Vv4e7HoMO

- Cuartas, J.M. (2015). *Cannabis: los retos entre la legalidad y la competencia cognositiva*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299033832001>
- Del Olmo, R. (1989). *Drogas: distorsiones y realidades*. Recuperado de http://nuso.org/upload/articulos/1780_1.pdf
- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM I). Recuperado de <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>
- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM II). Recuperado de <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>
- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM III). Recuperado de <http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf>
- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM IV). Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Hardisson, A et al. (2002). *Nuevas perspectivas terapéuticas de los compuestos cannabinólicos*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91919207>
- Horkheimer, M. y Adorno, T. (1988). *La industria cultural. Ilusionismo como mistificación de masas*. Recuperado de https://www.infoamerica.org/documentos_pdf/adorno_horkheimer.pdf
- López, M.C. (2004). *El análisis sociológico del consumo: una revisión histótórica de sus desarrollo teóricos*. Recuperado de <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/2725>
- Mosquera, J. (2015). *Dosis personal de drogas: inconsistencias técnico-científicas en la legislación y la jurisprudencia colombiana*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83239024008>
- Newman, D.G. (2006). *El racionamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias sociales experimentales y sociales*.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/761/76109911.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogodependencia mediante la atención sanitaria en lugar de sanciones*. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/01/De-la-coercion-a-la-cohesion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2009). *Informe mundial sobre las drogas 2009: resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2010). *Informe mundial sobre las drogas 2010: resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2010.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2011). *Informe mundial sobre las drogas 2011: resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2012). *Informe mundial sobre las drogas 2012: resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2014). *Informe mundial sobre las drogas 2014: resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2015). *Informe mundial sobre las drogas 2015: resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Pérez, M. (2011). *El magnetismo de las neurociencias: moda, mito e ideología del cerebro*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77818544001.pdf>
- Román, R. y Montero, M.M. (2013). *Repensar el Hedonismo: de la felicidad en Epicuro a la sociedad hiperconsumista de Lipovetsky*.

- Recuperado de <https://hdiunlp.files.wordpress.com/2018/04/repensar-el-hedonismo.pdf>
- Rousseau, J.J. (1999). *Discurso sobre el origen de la desigualdad*. Recuperado de <http://www.enxarxa.com/biblioteca/ROUSSEAU%20Discurso%20sobre%20la%20desigualdad.pdf>
 - Sáenz, S. (2009). *Consumo de drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=151412839003>
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), (2012). *Informe 2012*. Recuperado de http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf
 - Thomas, W.I. (2005). *La definición de la situación*. Recuperado de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ucm.es%2Findex.php%2FCIYC%2Farticle%2Fdownload%2FCIYC0505110027A%2F7291&ei=H_AQVcr6Fle5ggSsvlDIAw&usq=AFQjCNG8BwguFKY9P5B2jcovN8T7ZOenmw&sig2=px-ZcC1P3UhnLwLAvJFWiQ&bvm=bv.89184060,d.eXY

Páginas Web y bases de datos consultadas

- Centros de Integración Juvenil. (2016). *Para vivir sin Adicciones*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C. Recuperado de <http://www.cij.org.mx/>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2016a). *Atención en Centros Nueva Vida*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/nueva_vida.html
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2016b). *Centros Nueva Vida*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/pres_nuevavida.html

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo. (2014-2017). Diagnostico penitenciario y de barandillas. Pachuca de Soto, México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo. Recuperado de <http://www.cdhhgo.org/home/conocenos/diagnostico-penitenciario>
- Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. (s/f). FEUM: Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.farmacopea.org.mx/que-es-feum.php?m=2&sb=9&f=0>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011-2017). Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistemas Penitenciarios. México, Distrito Federal: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/programas/cngspspe/2016/>
- Ley General de Salud. (2007). Ley General de Salud. México, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Secretaría de Finanzas del Estado de Hidalgo. (2014). Presupuesto de Egresos Ejercicio Fiscal 2014. Hidalgo, México: clasificación administrativa. Recuperado de http://transparencia.hidalgo.gob.mx/TRANSCENTRAL/TRANSPFINANCIERA/2014_04%20Clasificacion%20Administrativa.pdf
- Secretaría de Finanzas del Estado de Hidalgo. (2015). Presupuesto de Egresos Ejercicio Fiscal 2015. Hidalgo, México: clasificación administrativa. Recuperado de <http://transparencia.hidalgo.gob.mx/TRANSCENTRAL/TRANSPFINANCIERA/planeacion/Cuadro%2008%20Clasificacion%20Administrativa%202015.pdf>
- Secretaría de Finanzas del Estado de Hidalgo. (2016). Presupuesto de Egresos Ejercicio Fiscal 2016. Hidalgo, México: clasificación administrativa. Recuperado de

finanzas.hidalgo.gob.mx/Proyecto%20Ppto%20Reportes2016/2016_01_Anexo01-Gasto%20Neto%20Total%20por%20Ramos.pdf

- Secretaría de Finanzas del Estado de Hidalgo. (2017). Presupuesto de Egresos Ejercicio Fiscal 2017. Hidalgo, México: clasificación administrativa. Recuperado de http://s-finanzas.hidalgo.gob.mx/descargables/reportes%20ppto%202017/2017_001_Reporte%20armonizado%201%20-%20Clasificacion%20administrativa.pdf
- Secretaría de Finanzas del Estado de Hidalgo. (2018). Presupuesto de Egresos Ejercicio Fiscal 2018. Hidalgo, México: clasificación administrativa. Recuperado de http://s-finanzas.hidalgo.gob.mx/descargables/anexos2018/2018_62_Transversal%201%20-%20Erogaciones%20para%20la%20igualdad%20entre%20mujeres%20y%20hombres.pdf
- Secretaria de Salud. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Valiente, M. (2017). El DSM VI incluirá el feminismo como un tipo específico de psicosis. México: Pikara Magazine. Recuperado de <http://www.pikaramagazine.com/2017/07/el-dsm-vi-incluire-el-feminismo-como-un-tipo-especifico-de-psicosis>

Artículos de periódico consultados

- Ávila, O. (27 de septiembre de 2015). Saturan cárceles con reos por drogas; la ONU urge a debatir la despenalización. El Director del UNODC considera que consumidores y vendedores callejeros son los más fáciles de arrestar. Excelsior. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/09/27/1047976>

- Castillo, G. (30 de abril de 2002). Piingües ganancias, ofrecimiento a la IP para construir prisiones federales. La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2012/04/30/politica/002n1pol>
- CNN. (17 de septiembre de 2010). El consumo de drogas en Estados Unidos Alcanza su máximo histórico. Expansión CNN. Recuperado de <https://expansion.mx/mundo/2010/09/17/el-consumo-de-drogas-estados-unidos-alcanza-su-maximo-historico>
- CNN. (19 de marzo de 2014). Senadores proponen suavizar las penas por posesión de marihuana. Expansión CNN. Recuperado de <https://expansion.mx/nacional/2014/03/19/senadores-proponen-suavizar-las-penas-por-posesion-de-marihuana>
- Morales, A. (24 de enero de 2017). México lugar 123 de 176 en índice de corrupción. El universal. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2017/01/24/mexico-lugar-123-de-176-paises-en-indice-de-corrupcion>
- Nación 3,2,1. (18 de noviembre de 2016). Giuliani, un viejo conocido de México, se perfila para ser secretario de Estado. Nación 3,2,1. Recuperado de <https://www.nacion321.com/internacional/giuliani-un-viejo-conocido-de-mexico-se-perfila-para-ser-secretario-de-estado>
- Noticieros televisa. (05 de noviembre de 2018). CDMX regulará anexos y granjas de rehabilitación de adicciones. Noticieros televisa. Recuperado de <https://noticieros.televisa.com/historia/cdmx-regulara-anexos-y-granjas-de-rehabilitacion-de-adicciones/>
- Reyes, G y Cruz, M. (2016). ¿Un cuento chino?. Univisión noticias. Recuperado de <http://huelladigital.univisionnoticias.com/el-chino/>
- Sierra, A. (2014). Toleran abusos en granjas antiadictos. Diario Reforma. Recuperado de <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=427970&v=4&urlredirect=https://www.reforma.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=427970&v=4>

Conferencias consultadas

- Astorga, L. (14 de febrero de 2012). Drogas=Violencia/ no igual a fortalecimiento de las instituciones. En México Unido Contra la Delincuencia A.C. (presidencia). Foro Drogas: un balance a un siglo de su prohibición. Foro llevado a cabo en el museo de antropología, CDMX.

Tesis inéditas consultadas

- Ángeles, C. (2015). "La construcción social de la carrera desviada: una desmitificación de los(as) consumidores(as) de marihuana con etiqueta de drogodependiente en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo". Pachuca de Soto, Hidalgo. Área Académica de Sociología y Demografía, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).
- Hernández, L. A. (2014). "Interacciones sociales en confinamiento carcelario; situación de los internos (caso Pachuca Hidalgo)". Pachuca de Soto, Hidalgo. Área Académica de Sociología y Demografía, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)
- Hernández, L. A. (2018). "interacciones en el casino: situación de la ludopatía". Pachuca de Soto, Hidalgo. Área Académica de Sociología y Demografía, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)

Series televisivas

- Lozano, Héctor y Cortés, Eduard (productores). (2015). Merlí y los peripatéticos. [serie de televisión]. Barcelona, España: Televisión de Catalunya