www.salud.gob.mx

www.conadic.salud.gob.mx

ISBN: 978-607-95887-4-8

Adicciones y grupos Específicos: Grupos Vulnerables y Personas en Conflicto con la Ley

Actualidades en Adicciones 2012

Adicciones y grupos Específicos: Grupos Vulnerables y Personas en Conflicto con la Ley

Libro 5

5

CONADIC Comisión Nacional contra las Adicciones

SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

Actualidades en Adicciones

Adicciones y Grupos Específicos:
Grupos Vulnerables y Personas en Conflicto con la ley

Primera edición, 2012
ISBN: 978-607-95887-4-8
ISBN: 978-607-95887-1-7 (Obra Completa)

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Coordinadores de la obra:
Lic. Luz María García Rivas
Dra. Brenda Barriguete Mázmela

Diseño de Portada:
D.G. José Alberto Mendoza Chávez

Con el aval de la Academia Mexicana de Cirugía

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Esta obra se terminó de
imprimir en noviembre de 2012
en Ediciones Berit FGV, S.A. de C.V.
Tepetates 29Bis.
Col. Santa Isabel Tola,
C.P. 07010.
México, D.F.

Se tiraron 100 ejemplares.

Directorio

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg
Secretario de Salud

Dr. Germán Fajardo Dolci
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Igor Rosette Valencia
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Romeo Rodríguez Suárez
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Guillermo Govela Martínez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Claudia Solís Beltran
Directora General de Comunicación Social

Consejo Nacional contra las Adicciones

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg
Presidente del Consejo

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Vocales

Dr. Alejandro Alfonso Poiré Romero
Secretario de Gobernación

Canciller Patricia Espinosa Cantellano
Secretaria de Relaciones Exteriores

Ing. Genaro García Luna
Secretario de Seguridad Pública

Lic. Heriberto Félix Guerra
Secretario de Desarrollo Social

Lic. Bruno Ferrari García de Alba
Secretario de Economía

Lic. Francisco Javier Mayorga Castañeda
Secretario de Agricultura, Ganadería Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Mtro. Dionisio Pérez-Jacome Friscione
Secretario de Comunicaciones y Transportes

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Educación Pública

Lic. Rosalinda Vélez Juárez
Secretario del Trabajo y Previsión Social

Mtra. Marisela Morales Ibáñez
Procuradora General de la República

Secretario del Consejo de Salubridad General

Lic. Daniel Karam Toumeh
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado

Lic. Ma. Cecili Landerreche Gómez Morín
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de Familia

Mtro. David García Junco Machado
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lic. Miguel Ángel Carreón Sánchez
Director General del Instituto Mexicano de la Juventud

Lic. Bernardo de la Garza Herrera
Director General de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte

Mtra. Celina Alvear Sevilla
Directora General del Centro Nacional para la
Prevención y Control de las Adicciones

Invitados permanentes

Dr. Roberto Tapia Conyer
Presidente del Patronato Nacional de Centros de Integración Juvenil

Dra. María Elena Medina Mora Icaza
Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente Muñiz"

Dr. Rogelio Pérez Padilla
Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosio Villegas"

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Lic. José Guadalupe Osuna Millán
Gobernador Constitucional del Estado de Baja California

Lic. Marcelo Ebrad Casaubón
Jefe de Gobierno del Distrito Federal

Lic. Rodrigo Medina de la Cruz
Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León

Lic. Gabino Cué Monteagudo
Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado
Presidente de la Junta de Servicios Generales de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

Lic. Joaquín Gamboa Pascoe
Presidente del Congreso del Trabajo y Secretario General de la Confederación de Trabajadores de México

Lic. Jesús Cevallos Coppel
Presidente de la Fundación Cambio Oceánica, A.C.

Introducción
Dr. Carlos Tena Tamayo 11

I. Vulnerabilidad y Adicciones:
Migrantes mexicanos en Estados Unidos
Xóchitl Castañeda, Nicté Castañeda, Magdalena Ruiz 15

II. Estudios sobre consumo de sustancias ilícitas
en mexicanos migrantes en retorno de los Estados Unidos.
Evidencias para la creación de programas de atención
Dr. Ricardo Sánchez Huesca, Dr. Jorge Luis Arellanez Hernández 35

III. Los jóvenes Torokoyoris
Dra. Leticia Amparano 61

IV. Delincuencia femenina, abuso de sustancias y prisión
Mtra. Martha Romero 73

V. Trabajo infantil y uso de sustancias
Leticia Vega,
Rafael Gutiérrez, Abraham E. Rendón, Eva María Rodríguez Ruiz 89

VI. Consideraciones y alcances de la relación
entre la comisión de conductas delictivas y
el consumo de drogas en México
Lic. Berenice Santamaría González 141

VII. Factores clave para la implementación
de un proyecto de justicia alternativa
para personas con adicciones en México
Luz Ma. García Rivas 163

VIII. Puntos de encuentro entre salud y justicia
para infractores dependientes de drogas.
El caso de los tribunales de tratamiento de
drogas desde un enfoque hemisférico
Antonio Lomba Maurandi 177

IX. Juzgado para el tratamiento de adicciones en Nuevo León
Dr. Juan José Roque Segovia, Dr. Jorge Luis Mancera Maldonado 199

X. Programa tribunal para el tratamiento de adicciones. Implementación por vez primera en México del modelo corte de drogas
Juez Jesús Demetrio Cadena Montoya 213

XI. El papel del defensor público como promotor y protector de los derechos de las personas con adicciones en los modelos de justicia terapéutica
Lic. Fabián Darío Acosta Cisneros 235

XII. Servicios de tratamiento del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas en las cortes, tribunales o juzgados para le tratamiento de las adicciones
Dr. Jesús Salazar Villegas 245

XIII. Innovaciones de procuración de justicia en el estado de Chiapas
Lic. Raciel López Salazar 271

XIV. Los tribunales de tratamiento para las adicciones juveniles en el DF como expresión de una política criminal multidisciplinaria e integradora.
Dr. Israel Alvarado Martínez 297

XV. Derivaciones a tratamiento por mandato ministerial y judicial
Lic. Joahana del Río Rebolledo, Dr. Gerardo García Silva 319

XVI. Derivación y tratamiento en el sistema penitenciario mexicano
Dr. Luis Enrique Dorantes Martínez 349

MENSAJE DEL SECRETARIO DE SALUD

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es un problema de salud pública a nivel mundial. Sus consecuencias abarcan no sólo al individuo, sino a sus familias y a las comunidades enteras. Además del daño a la salud que representa, el consumo de las mismas se asocia con un mayor número de accidentes, un pobre rendimiento escolar y laboral, así como a problemas en la interacción entre los individuos como la violencia y otros relacionados con actos ilícitos.

El avance de diversas investigaciones científicas en el ámbito de las neurociencias y de las ciencias sociales, nos muestran que la adicción es una enfermedad compleja que involucra múltiples factores como los biológicos, psicológicos y sociales, por lo que su abordaje implica la integración de diferentes disciplinas y enfoques.

Con base en lo anterior, es importante fomentar la divulgación de la evidencia científica que pueda ser aplicable en nuestro país, misma que facilite la capacitación continua de los profesionales y demás personal involucrado en la materia, y que favorezca la mejora continua de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las adicciones.

Actualidades en Adicciones es el resultado del esfuerzo conjunto de investigadores, clínicos, personalidades de organizaciones de la sociedad civil y expertos reconocidos a nivel nacional e internacional, los cuales presentan visiones diversas que al converger, permiten dar una perspectiva integral del fenómeno. Esta diversidad enriquece el conocimiento y promueve la actualización de información en temas sobre el uso nocivo de alcohol, el consumo de tabaco y drogas ilegales, la relación de la justicia y las personas con adicciones, el impacto que tiene esta enfermedad en los grupos más vulnerables, los métodos terapéuticos efectivos, así como la oferta en el tratamiento.

Los cinco tomos que integran esta publicación ofrecen elementos novedosos, que podrán contribuir en la elaboración de políticas públicas eficaces, dirigidas a la atención integral del problema de las adicciones. Estoy convencido de que esta obra, que implicó un importante esfuerzo de colaboración interinstitucional y multidisciplinaria, redundará en beneficio de la salud de nuestra sociedad.

Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

Introducción

Introducción

El fenómeno de las adicciones coincide en diversos aspectos con otros problemas de salud pública. Una de las coincidencias más evidentes son los daños que, en comparación con la población en general, ocasionan en grupos vulnerables. Es por esto que dichos grupos, también conocidos como grupos sociales en condiciones de desventaja, son un sector fundamental de la población a considerar en la formulación de políticas públicas encaminadas a atender el fenómeno de las adicciones.

A fin de definir dentro del contexto de las adicciones el concepto de grupos vulnerables, se puede mencionar que la idea de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil, raza y origen étnico se encuentran en una condición de riesgo que les impide u obstaculiza el incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.

En México las políticas públicas en materia de adicciones consideran que dicha vulnerabilidad es el resultado de la acumulación de desventajas y de una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. En nuestro país existen diversos grupos de la población que se estiman como vulnerables, entre los que se encuentran las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza, vive en situación de riesgo.

Es precisamente la situación de estos grupos lo que obliga a formular estrategias integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar, lo cual incluye desde luego verlos libres de la amenaza de las adicciones.

Uno de los grupos que presentan una mayor problemática, es el de las personas con adicciones en conflicto con la ley; pues como parte del estigma social, prevalece una percepción generalizada de una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. Lo anterior debido a que los delitos no son meras conductas aisladas, sino que se relacionan con una serie de factores desencadenantes que son de naturaleza social y psicológica.

En este sentido se presenta un panorama acerca de la vinculación entre los Sectores de Salud e Impartición y Procuración de Justicia en materia de adicciones, como una estrategia de corresponsabilidad que permitirá establecer mecanismos efectivos para la aplicación adecuada de las disposiciones normativas en materia de narcomenudeo, así como promover el establecimiento programas de justicia alternativa para personas con adicciones como una respuesta eficaz hacia una intervención con enfoque terapéutico.

En este marco, esta publicación revisa desde una perspectiva crítica la asociación entre el consumo de estupefacientes con la comisión de conductas delictivas, determinando de esta manera, las adecuaciones que se requieren introducir para transformar las leyes vigentes en herramientas eficaces en el combate de la comisión de delitos asociados al consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

Cabe destacar, que la derivación a tratamiento bajo supervisión judicial ha demostrado ser eficaz en la experiencia internacional, en cuanto produce una reducción importante de la tasa de reincidencia de los infractores de ley que han sido tratados, en comparación con aquellos que no han recibido atención clínica.

La Comisión Nacional contra las Adicciones; en el marco del Programa de Acción Específico de Prevención y Tratamiento de las Adicciones, dentro las estrategia de Reducción de la Demanda de Drogas, ha establecido una línea de acción encaminada al trabajo e investigación de la relación que existe entre la delincuencia y el consumo y adicción a las drogas, así como a las salidas alternativas a la reclusión, que se ha promovido desde el año 2009 tras la implementación del modelo de Juzgados Especializados en el Tratamiento de Adicciones en México.

Por lo anterior, es necesario reforzar las bases y principios de este modelo; para que pueda constituirse de manera formal como una estrategia integral del Estado mexicano, que instituya la implementación de modelos de justicia alternativa que impacten en la reducción de la demanda de drogas, y en consecuencia impacte en la disminución de los índices de reincidencia delictiva e incidencia de consumo de estupefacientes y psicotrópicos, así como en la despresurización de la sobrepoblación de centros penitenciarios.

Con la convicción de que esta obra contribuirá a ampliar el panorama sobre el abordaje actual del fenómeno de las adicciones y la identificación de los retos que enfrentamos para lograr mejores niveles de salud y bienestar en la población, agradezco a todos los autores el que hayan brindado su valioso tiempo y conocimientos para hacerla realidad.

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones
"En la prevención y atención a las adicciones todos somos uno"

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

I.
Vulnerabilidad y Adicciones: Migrantes mexicanos en Estados Unidos

Xóchitl Castañeda,* Nicté Castañeda,** Magdalena Ruiz***

* Directora del Programa de Iniciativa de Salud de las Américas. Universidad de Berkeley, California.
** Profesora Investigadora, Centro Universitario de Ciencias Económico-Administrativas, Universidad de Guadalajara.
*** Coordinadora de Proyectos Especiales, Iniciativa de Salud de las Américas. Universidad de Berkeley, California.

INTRODUCCIÓN

La migración es uno de los principales motores de la historia de la humanidad. Es y seguirá siendo un fenómeno natural para las especies vivas: animales, plantas, seres humanos. Se estima que hay más de 214 millones de personas en nuestro planeta que viven fuera de su país de origen, lo cual equivale a que una séptima parte de la población mundial, es migrante.[1]

Las principales causas por las cuales los seres humanos migran, van a incrementarse en el futuro próximo: desastres naturales, guerras y conflictos armados,* y la búsqueda de mejores opciones de vida, incluye también por la reunificación familiar y el acceso a empleos en condiciones salariales más justas.

En este sentido, es imprescindible dimensionar la magnitud que tendrá la movilidad poblacional en la geo-política global y en el caso de Norte América, entre México y Estados Unidos. En términos regionales, esto es un imperativo para lograr una mayor estabilidad social entre los países de origen, tránsito y destino.

Abordar problemas complejos como es el caso del consumo drogas ilícitas en poblaciones migrantes, incluye el análisis de una serie de factores, como son el individuo y su comportamiento; la familia, la comunidad de origen y de destino; así como riesgos específicos y diferenciados por su calidad migrante, que los sitúan en condiciones de mayor vulnerabilidad, incluso frente a otras poblaciones marginadas por similares factores socio-económicos.

El objetivo de este capítulo es analizar cómo los determinantes sociales de la salud de los/las inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, repercuten en situaciones que ponen a esta población en mayor riesgo y vulnerabilidad frente al consumo desproporcionado de alcohol y de drogas ilícitas. Incluimos en el análisis ciertos determinantes tales como son la situación socioeconómica, el estatus migratorio, y el acceso a la atención médica.

El capítulo no cuenta con una sección metodológica específica, está basado en una recopilación bibliográfica y consulta de datos secundarios. El primer apartado proporciona una visión general de la magnitud de la migración latina en los Estados Unidos, destaca el perfil de la población mexicana en términos generales y particularmente sobre su salud. Se incluyen algunos datos relacionados con el uso de drogas en esta población.

En el segundo apartado, se presenta un análisis documental de los factores que influyen en la vulnerabilidad y el aumento en el uso de drogas en el contexto de la migración. En el tercer apartado, se expone sintéticamente y desde una visión crítica, el panorama actual (2007-2011) de las investigaciones que han abordado la problemática de las adicciones dentro de la población migrante Mexicana, incluye sucintamente algunas consideracio-

* A finales de 2008, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados estimó que habían más de 42 millones de personas en el mundo que tuvieron que desplazarse y dejar sus hogares por razones políticas.

nes relacionadas con tratamientos y el acceso a los servicios para lo/as latinos.

En el último apartado presentamos las conclusiones generales y algunas recomendaciones de políticas públicas con el fin de mejorar la calidad de vida de los/las migrantes en Estados Unidos, especialmente en el ámbito de la salud mental y de las adicciones.

ESTADOS UNIDOS: UN PAÍS DE MIGRANTES

Para los Estados Unidos de América (EE.UU.) la migración es una de las principales fuerzas en la constitución y en el desarrollo de este país como estado-nación. Estado Unidos se ha beneficiado de las enormes contribuciones que han hecho numerosos grupos de inmigrantes a través de diversos momentos de su historia, quienes han ido poblando el vasto territorio y aportado económicamente a su pujanza y competitividad.

Hoy día, los Estados Unidos albergan a una gran diversidad de personas nacidas en el extranjero. Actualmente hay más de 50 millones de inmigrantes en este país. En las últimas cinco décadas, la inmigración de personas provenientes de América Latina han incrementado considerablemente;[2] misma que se refleja en cambios sustantivos de los perfiles demográficos de varios estados representando aproximadamente 16% de la población del país, y más de 30% en estados como California.[3]

SÍNTESIS DEL PERFIL DE LOS INMIGRANTES MEXICANOS EN ESTADOS UNIDOS

De todos inmigrantes de Estados Unidos, los mexicanos son el mayor grupo y el de más rápido crecimiento. Según datos recientes del *Pew Hispanic Center*[4,5] y de la *American Community Survey*,[6] de los 50.7 millones de personas de origen latino que vivían en los Estados Unidos en 2010, 32.9 millones –casi los dos tercios– eran de origen mexicano y, de éstos, 36% –casi 12 millones– habían nacido en México. Ningún otro país tiene tantos inmigrantes originarios de una misma nación. Visto en el contexto de México, el número de mexicanos que viven en los Estados Unidos es igualmente impresionante: de todas las personas nacidas en México, alrededor de 11% vive actualmente en Estados Unidos.

La población de origen mexicano en Estados Unidos en su conjunto es más joven que toda la población estadounidense, esto incluye a los latinos; la edad promedio de los inmigrantes mexicanos es de 25 años, mientras que la edad promedio de la población estadounidense y de la latina es de 36 años y 27 años, respectivamente.

A pesar de ser el mayor grupo de inmigrantes Estados Unidos, los mexicanos son una de las poblaciones más desfavorecidas en términos de educación, ingresos y residencia legal. Suelen tener menor nivel de educación, menores ingresos, hogares más grandes y tasas de pobreza más altas que otros gru-

pos. Por lo general son gente que trabaja, pero lo más probable es que desempeñen labores de poca calificación; actualmente tienen una tasa de desempleo mayor que otros trabajadores nacidos en EE.UU. o inmigrantes. En 2009, 58% de los mexicanos adultos (no ancianos) en Estados Unidos no tenía el bachillerato y solamente 9% cuenta con un diploma de licenciatura. Se estima que casi 60% de todos los inmigrantes mexicanos y entre 80 y 85% de los inmigrantes mexicanos recientes eran indocumentados.[7]

La migración México-Estados Unidos es un fenómeno de carácter principalmente económico que tiene relación con las disparidades económicas y salariales entre ambos países, así como con la demanda de mano de obra poco calificada por parte de los Estados Unidos. De acuerdo a estudios recientes,[7] se estima que 72% de los inmigrantes nacidos en México han adquirido la ciudadanía estadounidense (no obstante, sólo 63% habla fluidamente inglés).

En la historia reciente, los flujos migratorios no se han interrumpido, están en creciente aumento. Por ejemplo, a partir de 1970 la inmigración mexicana en Estados Unidos era básicamente de carácter temporal e indocumentada, compuesta por hombres solteros, de baja escolaridad y de origen rural, quienes se dirigían principalmente a un número restringido de estados de la Unión Americana, como California, Texas e Illinois.[8]

Se estima que entre 1980 y 1990 la población mexicana en Estados Unidos se duplicó al pasar de 2.2 millones de personas en 1980 a 4.4 millones en 1990. Mucho de ello se explica por las crisis económicas por las que pasó México, mismas que propiciaron la incorporación de personas de clase media, con mayores niveles educativos, a los flujos migratorios. Con la implantación de mayores controles fronterizos por parte de Estados Unidos, una parte significativa de la inmigración mexicana ha tendido a cambiar de carácter circular a permanente.[9]

Un estudio reciente del PEW Hispanic Center[10] (2012) documenta una tendencia a la baja en el volumen de los flujos migratorios mexicanos a Estados Unidos, misma que guarda relación con la crisis económica estadounidense de 2008, que afectó severamente a sectores económicos que tradicionalmente emplean mano de obra mexicana. Asimismo, esta tendencia "neutra" (que incluso se pronostica cambie a corto plazo en una tendencia negativa) también tiene relación con el aumento de la vigilancia fronteriza, el acrecimiento en las deportaciones, los inhumanos peligros asociados con el cruce ilegal de fronteras, y las cambiantes condiciones económicas y demográficas en México.

A esto hay que aunar las leyes anti-inmigrantes en ciertos estados y las redadas al interior del país. Sin embargo, la migración irregular se acompaña de una multiplicidad de riesgos en términos generales, mismos que repercuten directamente en la salud de los/as migrantes y sus familiares, incluyéndolos efectos nocivos físicos, psíquicos, sociales, y emocionales del abuso en el consumo de alcohol y drogas ilícitas.

Salud y migración

Estados Unidos tiene uno de los sistemas de provisión de salud más desiguales del mundo desarrollado; el acceso a los servicios de salud esta mediado por una serie de factores, entre ellos, el tener un seguro de salud (privado), mismo que generalmente es ofertado por el empleador y por los seguros médicos públicos, como Medicaid y Medicare. Para acceder a éstos últimos el individuo debe contar con una serie de requisitos que lo hacen elegible, incluyendo su nivel socio-económico (de pobreza), el tiempo de residencia y el status migratorio.

En términos de seguro médico, los latinos tienen tasas más bajas de seguro médico que otros grupos étnicos, y los inmigrantes mexicanos son los que están en peor situación. Paralelamente al crecimiento de la migración mexicana, la población mexicana no asegurada se ha más que duplicado en los últimos 13 años pasando de 3.3 a 6.7 millones de personas.

Hoy 56 por ciento de la población inmigrante mexicana carece de cualquier tipo de cobertura de seguro médico. Esta situación es particularmente dramática entre los recién llegados a los Estados Unidos: aquéllos con menos de 10 años de residencia en el país tienen "tasas de vulnerabilidad" (falta de seguro médico) de aproximadamente 70 por ciento, mientras que aquéllos que han vivido en los Estados Unidos durante más de 10 años tienen tasas de vulnerabilidad de 20 a 30% menores.[11]

Por ejemplo, un estudio binacional elaborado por CONAPO en colaboración con la Iniciativa de Salud de las Américas (2009)[12] muestra que cerca de uno de cada diez niños con menos de 18 años (en términos absolutos, 6.2 millones) no está cubierto por el sistema de salud. En este universo, los hijos de los inmigrantes mexicanos se encuentran claramente sobre representados: pese a que representan a 9% del total de los niños del país, constituyen 24% de los niños no asegurados. De hecho, en términos absolutos, los hijos de los mexicanos sin cobertura de seguridad médica es alrededor de 1.5 millones.

La imposibilidad de pagar los servicios de salud está considerada frecuentemente como la razón principal para que los inmigrantes restrinjan sus vistas al médico o simplemente se abstengan de ir. Por ello no es sorprendente que haya el doble de probabilidades de que las personas no-residentes de origen mexicano, que son uno de los grupos de inmigrantes más pobres de los EE.UU., no tengan ninguna fuente regular de atención médica que sus homólogos naturalizados.[13] Respecto al uso de drogas, el tratamiento y el apoyo médicos son particularmente importantes y cruciales para las personas que tienen adicciones.

La salud en el trayecto migratorio

El cruce de la frontera sin la adecuada documentación convierte a los migrantes en grupos vulnerables debido a que generalmente no cuentan con los elementos ni los medios necesarios: como el idioma, la cultura, las redes sociales y carecen de

recursos económicos que les permitan tener una adaptación e inserción laboral exitosa en los Estados Unidos.

En términos generales la salud de los/as migrantes tiene que ver tanto con los propios individuos como con las comunidades a las que llegan o dejan. Los/as migrantes mexicanos en Estados Unidos, se enfrentan a una serie de amenazas y problemas de salud que pueden comenzar durante el trayecto; los cuales incluyen contraer una enfermedad, ponerse enfermo en el camino, y las consecuencias físicas y emocionales de pasar por fronteras que pueden ser peligrosas y donde pueden estar expuestos a violencia física o emocional.

En esta travesía, sobre todo cuando se realiza de manera irregular, muchos migrantes experimentan una serie de situaciones traumáticas al dejar sus comunidades y redes sociales, la familia y amigos; y al mudarse a nuevos lugares, cuyas costumbres, códigos sociales, idioma y leyes les son desconocidos. El choque cultural, depresión, ansiedad, u otros problemas de salud mental suelen ser frecuentes y asociados al consumo de substancias nocivas para la salud.

Mientras en general los migrantes mexicanos llegan a los Estados Unidos relativamente en buena salud, a menudo se van a vivir a lugares de niveles socio-económicos bajos, donde experimentan carencias asociadas a condiciones de vivienda deficientes, bajos salarios y ocupaciones quizá peligrosas. Asimismo, la posibilidad de cuidar de su salud se ve limitada por la ley, por barreras culturales y lingüísticas, o simplemente por una enorme falta de información y de experiencia para moverse dentro de los sistemas sanitarios a los que llegan y que son totalmente nuevos para ellos.[14]

La baja condición socio-económica a la que muchos migrantes mexicanos se ven destinados, en combinación con la falta de acceso a asistencia médica y a seguro médico y con los cambios de estilo de vida provocada por la migración; se traduce en consecuencias de salud deficiente y problemas crónicos como diabetes, hipertensión y obesidad. Asimismo, se asocia con problemas de salud mental y emocional que muchas veces motivan el consumo desproporcionado de alcohol y drogas ilícitas.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VULNERABILIDAD Y EL AUMENTO EN EL USO DE DROGAS

Los recursos y estrategias –capital social–* que propician la migración a Estados Unidos se conciben como un conjunto de relaciones simbólicas y materiales, que a pesar de no estar totalmente establecidas, logran un intercambio de información que facilita o consolida dicha migración. En este sentido, el vínculo entre la migración y el capital social que interviene en decisión de migrar, fortalece el imaginario de la migración y la vida en los Estados Unidos.

* Conjunto de relaciones sociales e intercambios que el sujeto visualiza como medios para la obtención de un fin, independientemente de su eficiencia y cuyo éxito para lograrlo se basa en los valores que asigna a las relaciones pre-existentes, en los recursos que invierte en la creación de nuevas relaciones y en el fortalecimiento de las existentes.

Aunque la migración se legitime como una estrategia y una opción para las personas, también se establece en un contexto que entraña riesgos y vulnerabilidades, en particular para los migrantes indocumentados y especialmente para los niños, los jóvenes y las mujeres.

Aunque se ha reportado que existe una "paradoja latina" con respecto a la calidad de vida y a la salud del migrante que sugiere que éstas mejoran a lo largo de su estancia, es posible que sólo se refleje en ciertas condiciones.[15] Como señala Salgado, et al., los migrantes enfrentan múltiples situaciones que aumentan su vulnerabilidad social, entre ellas, la carencia de recursos tanto económicos como personales y la falta de documentos que legitimen su estancia en Estados Unidos, aunadas a la discriminación que tiene consecuencias negativas en la vida y en la salud física y emocional de esta población.[16]

En este sentido, "el cruce", la circularidad migratoria y las condiciones de los migrantes en Estados Unidos conforman contextos de vulnerabilidad social, en los que el mismo hecho de la experiencia migratoria conlleva inestabilidad y cambios que pueden dar origen a algunos padecimientos, depresión, angustia y estrés, y a su vez propiciar el uso o consumo de sustancias lícitas o ilícitas y desencadenar adicciones.

Los latinos en estados unidos y el uso de drogas ilícitas

Según algunos datos arrojados por algunas encuestas, el uso de drogas ilícitas entre los latinos en Estados Unidos es menor en comparación con el que presenta la población norteamericana en general. Incluso las cifras muestran que esta utilización es incluso menor entre los inmigrantes de reciente arribo.[17,18]

Cabe señalar que muchas de estas encuestas generalizan el término "latinos o hispanos" como un grupo homogéneo, lo cual no siempre es acertado. Los Latinos son un grupo muy diverso: provienen de diferentes países con diferentes culturas y grupos étnicos; con experiencias migratorias y distintos nexos con los Estados Unidos; de múltiples sectores sociales y económicos; con diferencias por género o preferencia sexual; y con exposiciones al mercado del narcotráfico disímiles; entre otros. Tan sólo entre la población de origen mexicano las diferencias son considerables entre quienes provienen de áreas urbanas, con mayor tradición migratoria; respecto a quienes provienen de áreas rurales y aun mayor si son de ascendencia indígena.

Aunque la hipótesis común está basada en que el aumento en el uso de drogas entre los mexicanos nacidos en los Estados Unidos y los inmigrantes de larga estancia se debe a la aculturación y a la influencia de la sociedad estadounidense, es importante considerar no sólo los aspectos culturales y raciales sino también tomar en cuenta los factores socioeconómicos y políticos más significativos que determinan las historias de vida de estas personas en los Estados Unidos.

Hasta hace poco, escasos estudios estaban dedicados específicamente al tema de los mexicanos y el uso de drogas, y menos aún en el contexto de la

migración. La literatura que existe sobre inmigrantes generalmente ha constatado que la población de inmigrantes mexicanos tiene menor riesgo de abuso de drogas que los México-americanos nacidos en la Unión Americana y que la población de los Estados Unidos en general.[17]

Uno de los primeros estudios para evaluar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias entre personas de origen mexicano en Estados Unidos fue el estudio LA-ECA (*Los Angeles Epidemiological Catchment Area Study*), realizado a principios de los años 80. El estudio LA-ECA arrojó que, en comparación con los inmigrantes nacidos en México, los mexicoamericanos nacidos en EE.UU. son 5.3 veces más susceptibles de tener un trastorno a causa del uso de drogas (8.4% contra 1.6%).[19] Se han encontrado resultados similares en varios estudios posteriores, incluyendo otros estudios regionales en zonas con altas concentraciones[20] de inmigrantes y estudios nacionales sobre la población estadounidense.[21]

En general, en estas investigaciones también se ha encontrado que las mujeres tienen más tendencia que los hombres de abstenerse de tomar alcohol y drogas ilícitas, y que son menos propensas a beber en exceso y a volverse dependientes del alcohol. Sin embargo, por los cambios demográficos valdría la pena actualizar estos estudios y constatar si estas tendencias continúan vigentes.

Mientras que la conclusión general era que los latinos estaban en menor riesgo, un estudio reciente sobre el abuso de sustancias entre los latinos reveló que existen datos nacionales que indican que ciertos subgrupos latinos pueden estar en mayor riesgo de abuso y dependencia de sustancias. Se ha encontrado que los mexicanos en particular tienen mayor riesgo de abuso de alcohol que los blancos y que otros latinos.[22] También es importante tener en cuenta que el uso de drogas entre los latinos de Estados Unidos va en aumento. Aunque la Red de Alerta sobre el Abuso de Drogas (DAWN por sus siglas en inglés) no especifica nacionalidades, sí indica que el número de visitas de latinos a urgencias/emergencias relacionadas con drogas han aumentado considerablemente, desde aproximadamente 51,000 visitas en 2003 a 355,000 en 2009.[23,24]

Por ello, es una prioridad de salud pública el entender por qué los inmigrantes mexicanos tienen un el riesgo relativamente bajo de uso y dependencia de sustancias mientras que hay un aumento drástico de ese riesgo entre sus homólogos nacidos en Estados Unidos.

LA MIGRACIÓN Y EL USO DE DROGAS

En comparación con los latinos nacidos en los EE.UU., los inmigrantes se enfrentan a riesgos y desafíos únicos que demandan un análisis más profundo. El proceso de la migración en sí, y los peligros asociados al cruce de la(s) frontera (s), especialmente para aquéllos que lo hacen sin la documentación adecuada, pueden dejarles una serie de cicatrices físicas, emocionales y psicológicas que influirán en su vida cotidiana y en sus decisiones incluyendo la de usar drogas o el abuso en el consumo de alcohol.

El proceso de migración y la decisión inicial de dejar el hogar, se ha relacionado con una serie de problemas de salud mental y de traumas (Achotegui, 2004).[25] El estrés que conlleva la migración es aún mayor para aquéllos que cruzan la frontera sin la documentación adecuada. Los migrantes dejan atrás a los seres queridos, dejan redes sociales y se aventuran hacia un futuro desconocido. Se van con esperanzas y aspiraciones y, muchas veces, no logran todo aquello con lo que habían soñado. Como señala (2004) en su libro sobre el "Síndrome de Ulises", entran en una serie de duelos (por la familia, por el idioma, por la referencia a la comunidad, a las costumbres y a los rituales). Los migrantes pueden ser inducidos a iniciarse en las drogas durante el trayecto, o pueden incluso usarlas para sobrellevar el proceso de duelo y nostalgia.

En un estudio reciente sobre los trabajadores migrantes mexicanos,[26] se describe cómo están expuestos a las drogas casi desde el momento en que emprenden el camino a hacia las ciudades fronterizas en EE.UU., durante el cruce, y después de haber entrado en el país. Incluso algunos son testigos del contrabando de drogas a los Estados Unidos que hacen los *coyotes*, junto con el de los migrantes. En este estudio también se encontró que los inmigrantes han utilizado drogas para hacer más fácil y menos doloroso física y emocionalmente ese cruce tan peligroso y difícil.

Una vez que están en Estados Unidos los inmigrantes se enfrentan a múltiples circunstancias que los exponen a situaciones de estrés, mismas que pueden ser de tipo económico, emocional, social e incluso laboral. Dentro de estas cabe destacar los trabajos poco calificados y muchas veces riesgosos que generalmente no son bien remunerados; o el acceso limitado a una vivienda digna en un barrio seguro. Todo esto, son factores que determinan la salud física y mental de lo/as migrantes, así como su acceso a los servicios sociales y médicos.[27]

Migrar conlleva una serie de circunstancias y un conjunto de factores de estrés como el aislamiento, el dejar a la familia, lidiar con una nueva cultura, por mencionar algunos. Además, el darse cuenta de que el "sueño americano" no es una hazaña fácil puede provocar frustración, enojo y desesperanza. Es importante tener esto en cuenta ya que justo estas mismas emociones pueden estar vinculadas con el consumo de desproporcionado de alcohol y de drogas ilícitas.[30]

LOS COSTOS DE LA MIGRACIÓN: LAS DROGAS COMO MECANISMOS DE COMPENSACIÓN

Ojeda, etal.,[31] en un estudio cualitativo sobre los mexicanos deportados que se inyectan drogas y que viven en Tijuana, indican que la mayoría de los participantes del estudio informaron haber tenido bajos niveles de consumo de sustancias ilícitas cuando eran jóvenes en México y afirmaron haber iniciado el consumo de drogas en Estados Unidos. Los participantes del estudio también relatan que consumieron drogas "duras" como heroína, cocaína y metanfetamina después de su migración. Las razones para empezar a usar drogas varían desde

el uso recreativo hasta la influencia de compañeros y redes sociales; o para hacer frente a problemas familiares, o bien debido la depresión o la soledad causadas por la separación de sus amigos y familiares de México.[31]

Asimismo, Apostolopoulos, et al.,[32] en un estudio sobre migrantes varones trabajadores agrícolas en los Estados Unidos identificaron el consumo de alcohol y uso de sustancias ilícitas como un mecanismo de compensación psíquica y de defensa. Los migrantes utilizaban el alcohol y las drogas para sobrellevar la desesperanza y la soledad, y para muchos su uso era una salida fácil para entretenerse a falta de otros pasatiempos. Este grupo de investigadores también encontró que mientras algunos migrantes reportaron que usaban drogas para fines recreativos, sociales o de relajación, otros indicaron que usaban drogas para aumentar su productividad.[26]

Un número significativo de migrantes, especialmente los indocumentados, tienen trabajos difíciles y de baja remuneración que demandan largas horas y exigen buena condición física (trabajos agrícolas, en la construcción, en los servicios). El uso de drogas puede ser una opción para cumplir con las largas jornadas y las demandas laborales y también puede ser un paliativo contra dolores asociados con lesiones laborales.

Por otro lado, se ha encontrado que el estar desempleado o subempleado también predispone al consumo excesivo de alcohol y dependencia del alcohol así como al uso de drogas ilícitas.[33] Un estudio reciente con una amplia muestra de inmigrantes de California de origen mexicano reveló que ciertas experiencias de exclusión y discriminación relacionadas con el trabajo, propiciaron el consumo y el abuso y dependencia de alcohol.[34] Esto es motivo de gran preocupación ya que los inmigrantes mexicanos tienen la tasa de desempleo más alta de todos los inmigrantes en Estados Unidos.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Más de 25 por ciento de los inmigrantes mexicanos recientes y casi 20 por ciento de los inmigrantes mexicanos de larga estancia viven con ingresos por debajo del umbral de pobreza. Generalmente las comunidades latinas se encuentran en zonas donde las drogas y el alcohol están más accesibles que en donde viven otros grupos poblacionales. Los barrios afroamericanos y latinos son desproporcionadamente el blanco de letreros y anuncios espectaculares de alcohol y tabaco.[35] Varios estudios muestran que este tipo de publicidad está asociada con el uso y abuso de alcohol.[35] Asimismo, la falta de acceso a ciertos mecanismos que permiten satisfacción y relajamiento (parques seguros, instalaciones deportivas y culturales, centros sociales para reuniones, para mencionar solamente algunos), no son frecuentes en los barrios o colonias donde suelen vivir los inmigrantes de bajos recursos.

Este aislamiento muchas veces invita a una vida más sedentaria donde el consumo de sustancias nocivas para la salud no es necesariamente público y

es quizás en la esfera de lo privado, donde se consume, a falta de otras alternativas, la droga y el alcohol como mecanismos de compensación psíquica y emocional frente a los estreses que conlleva una vida centrada en el trabajo y la sobrevivencia. Todo esto, muchas veces se da en el marco de la nostalgia y la añoranza de (los duelos, como diría Achotegui) la familia y los seres queridos, la tierra, y aquello que es un marco de referencia "del otro lado".

EL ESTRÉS DE SER INMIGRANTE Y SU RELACIÓN CON SALUD Y LA VULNERABILIDAD

En cuanto al estrés asociado con la condición de inmigrante, se ha encontrado que el estar en un ambiente hostil con actitudes anti-inmigrantes y vivir en constante vigilancia con miedo a ser deportado tiene un impacto en la salud mental de los inmigrantes. La situación racista y anti-inmigrante que prevalece actualmente en muchos estados de la Unión Americana, es probable que no haga más que aumentar este temor entre las comunidades de inmigrantes.

Entre 2005 y 2009, se aprobaron unas 560 leyes estatales sobre inmigración e inmigrantes.[36] Estas leyes regulan el trabajo, el acceso a los beneficios públicos, la educación y el control de la seguridad y la inmigración, entre otros derechos básicos. Durante ese mismo periodo, los congresos de 26 de los 50 gobiernos estatales de los EE.UU. aprobaron aproximadamente 120 proyectos de ley que afectan a los inmigrantes en ámbitos relacionados con la atención médica y otros servicios públicos, y que están intencionalmente dirigidos contra los inmigrantes indocumentados –80% de las leyes relacionadas con este grupo eran restrictivas y limitaban sus derechos–[36] (CONAPO, 2010).

Recientemente, las fuentes indican que desde 2010 se han aprobado 164 leyes exclusivamente anti-inmigrantes. Aunque no existen estudios que analicen de qué manera estas leyes han impactado directamente el uso de drogas entre los inmigrantes, se puede deducir que el vivir en constante temor por la xenofobia y los riesgos vinculados a ésta, que incluyen el de la deportación, puede afectar los niveles de estrés y de salud mental y por ende el abuso en los consumos de paliativos como lo son las drogas ilícitas.

GRUPOS CON MAYORES VULNERABILIDADES: LOS/AS JÓVENES MEXICANOS

Los adolescentes mexicanos constituyen un grupo particularmente importante. Según los datos sobre tendencias, de la encuesta sobre escuelas *Monitoring the Future* (MTF), durante esta última década, han prevalecido altas tasas de consumo de alcohol, marihuana, cocaína, heroína, tranquilizantes, MDMA (éxtasis) y LSD entre los jóvenes latinos de octavo grado (12 a 13 años) en adelante. En consecuencia, los latinos tienen la tasa de uso de sustancias más alta del país, en ese grupo de edades.[37]

Abundante literatura al respecto sugiere que la falta de supervisión por parte de los padres es un buen pronosticador del abuso de drogas. Muchos de los padres y madres trabajan y no pueden estar en sus hogares cuando los hijos llegan de la escuela. La supervisión de los padres ha sido motivo de especial preocupación respecto a los hogares de migrantes en los que los padres pueden verse limitados para vigilar a sus hijos debido a sus responsabilidades de trabajo.

Es necesario estudiar los otros factores de riesgo como el bajo nivel socioeconómico y el mayor acceso a las drogas, así como prestar mayor atención y unir esfuerzos para reducir el consumo de drogas entre adolescentes mexicanos.

INVESTIGACIONES QUE HAN ABORDADO LA PROBLEMÁTICA DE LAS ADICCIONES

Habitualmente la migración a Estados Unidos se ha estudiado desde una perspectiva macro-estructural, que no ha logrado explicar satisfactoriamente los impactos, cambios y/o modificaciones que está teniendo en la población migrante. Sin embargo, se observa un cambio paulatino en algunos estudios que empiezan a hacer énfasis en la importancia de un análisis interdisciplinario de los procesos migratorios y sus actores. Es notorio que el abordaje está tratando de imprimir una perspectiva teórico-conceptual de la migración como un fenómeno social en el que se enfatizan también los aspectos micro-estructurales, como son las prácticas sociales.

En lo que respecta a los temas sobre migración y salud, éstos se debaten y analizan dentro de una estructura específica en el campo de la epidemiología, la prevención y el tratamiento, lo cual resulta insuficiente en las modalidades de las migraciones internacionales contemporáneas porque no logra explicar satisfactoriamente la magnitud del fenómeno.

A pesar de la relevancia del fenómeno, en los debates sobre migración internacional, pocas investigaciones se enfocan directamente al análisis del impacto que tiene la migración a Estados Unidos en la salud y en las adicciones de los migrantes mexicanos.

En el presente apartado se busca exponer el panorama que envuelve la problemática de las adicciones que afectan no sólo la salud del migrante, sino también la de su familia y la sociedad. Por nada pretende ser exhaustivo, es una aproximación basada en investigaciones anteriores y en la consulta de fuentes secundarias. Específicamente presentamos una recopilación bibliográfica que se ha llevado a cabo en los últimos cinco años, con el fin de sintetizar los resultados más sobresalientes.

La selección sólo incluyó trabajos publicados de 2007 a 2011. Por los límites de este capítulo, se han seleccionado los trabajos más relevantes, aunque la consulta incluyo otros que pueden ser consultados en la sección de referencias. Las palabras clave más destacadas en la búsqueda fueron: vulnerabilidad, migración, adicciones, uso de sustancias ilícitas.

Para llevar a cabo este análisis se hizo una revisión de la literatura que tuviera como objeto de estudio la migración a Estados Unidos, la vulnerabilidad, la salud y las adicciones. Se resaltan las investigaciones llevadas a cabo principalmente en Estados Unidos y también algunas realizadas en México. Las principales preguntas que guiaron la ruta para esta búsqueda fueron:

1. ¿Qué bases teórico-metodológicas han empleado los estudios sobre migración internacional y adicciones?
2. ¿Qué tipo de experiencias se han documentado y qué procesos han tenido estos estudios?
3. ¿Qué estrategias han implementado para lograr la participación de los migrantes en las diferentes investigaciones?
4. ¿Cuáles han sido las principales categorías de análisis?
5. ¿Qué autores/instituciones han llevado a cabo los proyectos?

Para lograr tal fin, se exploraron las principales bases de datos: Dialnet, ProQuest, y Ebsco. Se hizo una revisión en los buscadores de Internet: Yahoo, Google/Scholar y Altavista. Las bibliotecas electrónicas donde se encontró mayor información fue en: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) y en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc).

Se destacaron principalmente estudios con los siguientes temas: riesgo en el uso de alcohol y drogas para los migrantes mexicanos en EE.UU.; uso de sustancias y trastornos por el uso de substancias en tres áreas urbanas del norte de México a causa de la migración; vulnerabilidad y adicción a drogas ilícitas; el papel de los inmigrantes mexicanos y mexicoamericanos involucrados en el mercado de las drogas, entre otros.

Las investigaciones recopiladas se revisaron y sistematizaron primero y luego se capturaron en un cuadro analítico que permite identificar los autores, su país de origen, los objetivos, el tema evaluado, el propósito, la metodología empleada, algunas hipótesis, resultados y/o hallazgos (*Cuadro I*).

MODELOS DE TRATAMIENTO PARA ABUSO DE DROGAS ILÍCITAS EN LA POBLACIÓN LATINA EN ESTADOS UNIDOS

A diferencia de la creciente documentación sobre la prevalencia del uso y abuso de sustancias entre los latinos, hay menos estudios que identifiquen modelos de un tratamiento efectivo.[43,44] Además, gran parte de la evidencia científica existente indica que, tanto en el acceso a los tratamientos de abuso de sustancias como en los resultados, hay disparidades para los latinos. Por ejemplo, encuestas nacionales recientes muestran que los latinos tienen menos acceso que otros grupos poblacionales en los Estados Unidos, o bien que tienen que esperar más para acceder a dichos servicios, y que están menos satisfechos con los mismos. Asimismo, otros trabajos regionales muestran que cuando la oferta

Cuadro 1. Estudios relacionados con las adicciones en el contexto migratorio (2007-2010) .

Autor/año/país	Campo de institución	Enfoque metodológico estudio	Resultados/hallazgos
Valdez & Kaplan (2007). *Journal of Drug Issues, EE.UU.*[38]	El mercado de las drogas y los mexicanos en el sur de Texas	Cualitativo. Entrevistas etnográficas y observaciones de campo. Población: 160 personas, básicamente pandilleros de ascendencia mexicana. Sintetiza materiales etnográficos de dos estudios anteriores del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Identifica diferentes tipos de comportamientos en la distribución de drogas; analiza los roles de los individuos, el marco organizacional y la relación que los participantes tienen dentro y fuera del mercado de las drogas; estudia el consumo de drogas como mecanismo de adaptación y respuesta directa a la marginalidad económica impuesta por factores socio-económicos.	Los factores específicos del contexto, la cultura y la proximidad de México y Estados Unidos explican el comportamiento del mercado ilegal de las drogas. Existen dos paralelos y diferencias particulares entre el caso del Sur de Texas y la estructura y funcionamiento de los mercados informal legal e ilegal que son características de otras comunidades que económicamente se encuentran en desventaja.
García (2008) *Human Organization. Society for Applied Anthropology.*[39]	El problema del consumo de alcohol entre los migrantes Mexicanos transnacionales: explorando el estatus migratorio y los factores situacionales.	Cualitativo. Método etnográfico en dos estudios de campo complementarios: en la comunidad del estudio para identificar el contexto del problema de la bebida y con una serie de migrantes que consumen alcohol. 21 informantes clave jornaleros de la industria del hongo en el sureste de Pennsylvania. Se Analizó la importancia que tiene el abuso en el consumo de alcohol, en el aislamiento social, y en los problemas vinculados con depresión y pobreza (factores situacionales). También se llevaron a cabo grupos focales para explorar y verificar los hallazgos en los dos estudios.	Existe un problema con el abuso del alcohol en los migrantes como consecuencia de los factores situacionales, tal es el caso del consumo en las festividades, cuando hay malas noticias de casa y cuando hay una larga semana de trabajo. Aunque su "borrachera" no resulta siempre un comportamiento negativo porque los migrantes encuentran normas y acuerdos para la bebida, el estado de embriaguez los sitúa en un alto riesgo de tener un comportamiento negativo, que puede provocar problemas en sus hogares y en la comunidad local.
Borges, Medina-ora, Orozco, Fleiz, Cherpitel y Breslau. (2009). *Addiction. Research Report. EE.UU.*[40]	La migración mexicana a Estados Unidos y el consumo de sustancias en el norte de México.	Cuantitativo. Estudio transversal de la inmigración relacionado con las experiencias de vida relacionadas con el alcohol y el consumo de drogas, en una muestra representativa de encuestados entre 12-65 años.	Los migrantes de retorno son más propensos a utilizar alcohol, marihuana o cocaína al menos una vez en su vida y en los últimos 12 meses, son también más propensos a desarrollar una trastorno por uso de sustancias y más probabilidades de tener un trastorno por uso de sustancias

Cuadro 1. Continuación ...

		Las 1630 encuestas con una tasa de respuesta del 70,5% fueron llevadas a cabo en las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez y Monterrey durante el año 2005. Los encuestados fueron clasificados en tres grupos: (i) 'migrantes de retorno', (ii) familiares de migrantes y (iii) otros de población en general.	en 12 meses, en comparación con los otros de la población en general. Entre los migrantes de retorno, la duración de tiempo en los Estados Unidos y el tipo de trabajo realizado se relacionan con una mayor prevalencia de consumo de sustancias. Entre los parientes de los migrantes, la experiencia de la migración no se asocia con una mayor prevalencia de consumo de sustancias en comparación con los de la población general. Conclusión: se encontró un vínculo entre la migración a Estados Unidos y la transformación en el uso de sustancias, normas y patología en México.
Córdova-Contreras & Idrovo (2010). *Región y Sociedad.* El Colegio de Sonora.[41]	Medición de la vulnerabilidad y Adicción a drogas ilícitas en Chihuahua, México.	Critica el "enfoque de riesgo" por eliminar la interacción entre las personas y el influjo sobre el contexto de cada individuo. Propicia el enfoque teórico-metodológico basado en el concepto de vulnerabilidad. Base de datos de la Encuesta estatal de adicciones del estado de Chihuahua. Medición de la vulnerabilidad: triángulo equilátero: recursos personales, apoyo ambiental y vulnerabilidad. Propuesta para cuantificar la vulnerabilidad.	Identificar los agentes de riesgo en la adicción en el estado de Chihuahua. Calcular la indefensión individual ante la adicción. Comparar los resultados obtenidos con los dos métodos anteriores. Los enfoques de la vulnerabilidad y de riesgo arrojan resultados diferentes. El papel del contexto se fortalece en gran medida por el primero. "Cuantificar la vulnerabilidad corresponde a superar uno de los mayores escollos de esta propuesta de intervención".
Sánchez-Huesca & Arellanez-Hernández (2011).Estudios Fronterizos, México[42]	Uso de drogas en migrantes mexicanos.	Cuantitativo. Muestreo no probabilístico: se encuestó a 567 migrantes de retorno mayores de 18 años, en Tijuana, Nogales y Ciudad Juárez, la mayoría de ellos varones con una edad promedio de 29 años. Identificar si la experiencia migratoria de mexicanos a Estados Unidos puede ser un facilitador para el consumo de drogas.	Los principales motivos para usar alguna droga ilícita se relacionan con la curiosidad, la invitación de amigos, la depresión y para aminorar el cansancio producido por el trabajo, estos dos últimos aspectos relacionados con la estancia migratoria. La experiencia migratoria puede llevarlos a consumir otras drogas: para quienes iniciaron en Estados Unidos parece ser una opción para reducir el malestar emocional que genera el choque cultural. Las respuestas conductuales para intentar aliviar ese malestar psicológico que produce la experiencia migratoria en el uso o incremento del consumo de algún psicotrópico lícito o ilícito.

Fuente: Elaboración propia con base en estudios relacionados con el tema.

de los servicios para tratar el abuso de sustancias existe, tanto los latinos como las latinas no hace uso ellos o bien los subutilizan (Wells, Klap, Koike, & Sherbourne, 2001).

Hay evidencia de que los servicios actuales de salud mental y de rehabilitación de drogas carecen de sensibilidad cultural. Más de la mitad de los latinos que utilizan estos servicios, abandonan la terapia después de una sesión. Algunas de las razones que se han detectado en la interrupción de la terapia incluyen: enfoques de orientación infructuosos, falta de terapeutas bilingües y biculturales, y acercamiento, selección y estrategias de retención fallidos (SAMHSA, 2002).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

El estado de salud de los migrantes constituye un activo esencial para el desarrollo integral de sus capacidades, para el desempeño laboral y su participación social. El contar con una buena salud no sólo beneficia a los propios migrantes y a sus descendientes, tanto mexicanos como estadounidenses, sino que tiene implicaciones macro-sociales y económicas en los lugares de origen, transito y destino.

El número de estudios avocados al tema de las adicciones en migrantes de origen mexicano en Estados Unidos es aún incipiente y limitado. Asimismo, hay un desbalance de género en la producción académica, ya que un número significativo de los estudios se centra en hombres. Esto en términos generales reduce aun más la perspectiva analítica de lo que anecdóticamente se supone ser un problema creciente cuyo impacto social es de carácter binacional tanto en las comunidades de origen, transito y destino dentro del circuito migratorio.

A pesar de esto, se puede agregar que la mayoría de ellos han incorporado un análisis multidimensional del impacto que ha tenido la migración en la salud de los migrantes, ponderando los determinantes sociales de la salud. Este abordaje es un aliciente para futuras investigaciones.

Aunque existe poca información sobre los tratamientos que toman en cuenta aspectos sociales y culturales, algunos estudiosos del teman recomiendan que en el diseño e implementación de las intervenciones para latinos en Estados Unidos, se incorporen aspectos cultural y lingüísticos que potencien el impacto y efectividad de estos esfuerzos, tanto para la población latina en general, como para los/as migrantes mexicanos en particular puede aumentar.[35] Por ejemplo, Vega y cols. (2002) encontraron que el identificarse con su cultura y enorgullecerse de la misma, puede ser beneficioso para limitar el consumo de substancias nocivas para la salud: una identificación cultural pobre está asociada con un mayor uso de sustancias.[45] En este sentido es necesario implementar *tratamientos adaptados culturalmente* que tengan en cuenta factores de protección familiar y social en el contexto binacional.

Es indispensable tomar en cuenta que tratamientos tempranos, dirigidos a jóvenes de familias migrantes que fomenten las relaciones familiares, que incluyan la participación de los padres pueden ser altamente beneficiosos y reducir problemas de comportamiento que pueden vincularse con el consumo drogas y alcohol.[46,47]

Dadas las escasas investigaciones centradas en mujeres, se hace imperativa la necesidad de comprender qué impacto tiene el uso de drogas en mujeres y en las familias en general.

La salud de los migrantes es una preocupación que atañe a México y a Estados Unidos, y cuya atención requiere de programas y estrategias con una perspectiva binacional. Los escenarios prospectivos indican que la migración mexicana a Estados Unidos continuará inscrita en la relación bilateral al menos en las próximas décadas, por lo que es impostergable diseñar estrategias y lineamientos de política pública en apoyo a las necesidades más sentidas de los mexicanos residentes en Estados Unidos, incluyendo sus riesgos y vulnerabilidades frente al consumo de drogas ilícitas.

REFERENCIAS

1. OMS, (2010). http://www.who.int/en/
2. Campbell JG, Lennon E. Historical Census Statistics on the Foreign-born Population of the United States: 1850-1990. Population Division, working paper No. 29, U.S. Bureau of the Census, Washington, D.C.: 1999, p. 20233-8800.
3. http://www.migrationpolicy.org/pubs/MexCentAmimmigrants.pdf, 2012
4. Mexican Immigrants in the United States, 2008. Pew Hispanic Center. Fact Sheet. http://pewhispanic.org/files/factsheets/47.pdf&type=&id=580835
5. Statistical Portrait of Hispanics in the United States, 2010. Pew Hispanic Center. http://www.pewhispanic.org/2012/02/21/statistical-portrait-of-hispanics-in-the-united-states-2010/
6. Acosta YD, De la Cruz PG. (2011) Foreign-born from Latin America and the Caribbean: 2010. American Community Survey Briefs. US Census. http://www.census.gov/prod/2011pubs/acsbr10-15.pdf
7. http://www.pewhispanic.org/2011/05/26/country-of-origin-profiles/
8. Durand J, Douglas SM. Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XX. Universidad Autónoma de Zacatecas-Miguel Ángel Porrúa; México: 2003, p. 210.
9. Corona R, Tuirán R. "Magnitud de la emigración mexicana a Estados Unidos después del año 2000". En: Papeles de Población. Año 14. Núm. 57, julio-septiembre. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población (CIEAP). Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Toluca, Estado de México: 2008, p. 9-38.
10. http://www.pewhispanic.org/April 2012
11. Castañeda X, Ruiz RM, Schenker M. Poverty, migration and social justice: Latinos in the US in the context of global health. Infect Dis J 2011.
12. http://hia.berkeley.edu/uploads/Publications/migusa_children_esp.pdf, 2010
13. Castañeda X, Ojeda G. Access to Health Care for Latinos in the U.S. (Fact Sheet) Health Initiative of the

Americas. University of California Berkeley, School of Public Health. 2010.
14. Carballo M. The Challenge of Migration and Health, International Centre for Migration and Health (ICMH), Suiza, 2007. (http://www.icmh.ch/WebPDF/2007/WHA%20DISTRIBUTION%20ARTICLE%2018_05_2007formatted.pdf)
15. CONAPO (2010). Migración y salud. Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos.http://hia.berkeley.edu/index.php?page=migration-and-health-reports
16. Salgado de Snyder, et al. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. Salud pública de México. Año/Vol 49. Número especial. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
17. Ojeda VD, Patterson TL, et al. "The influence of perceived risk to health and immigration-related characteristics on substance use among Latino and other immigrants." Am J Pub Health 2008; 98(5): 862-8.
18. Alvarez J, et al. Substance abuse prevalence and treatment among Latinos and Latinas. Journal of Ethnic Substance Abuse 2007; 6(2): 115-41.
19. Burnam MA, Hough RL, et al. "Acculturation and Lifetime Prevalence of Psychiatric Disorders among Mexican-Americans in Los Angeles." Journal of Health and Social Behavior 1987; 28: 89-102.
20. Vega WA, Kolody B, et al. "Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Urban and Rural Mexican Americans in California." Archives of General Psychiatry 1998; 55: 771-8.
21. Grant BF, Stinson FS, et al. "Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." Arch Gen Psychiatry 2004; 61(12): 1226-33.
22. Alvarez J, et al. Substance abuse prevalence and treatment among Latinos and Latinas. Journal of Ethnic Substance Abuse 2007; 6(2): 115-41.
23. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Drug Abuse Warning Network, 2003: Interim National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. Fromhttp://www.samhsa.gov/data/DAWN.aspx
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2009: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. Fromhttp://www.samhsa.gov/data/DAWN.aspx
25. Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. 2004; V(21): 39-53.
26. Apostolopoulos, et al. STI/HIV Risks for Mexican Migrant Laborers: Exploratory Ethnographies. Journal of Immigrant and Minority Health 2006; 8(3).
27. U.S. Immigrations and Customs Enforcement. Secure Communities Fact Sheet. Washington, DC U.S. Immigrations and Customs Enforcement. September 1, 2009. http://www.ice.gov/doclib/pi/news/factsheets/secure_communities.pdf.
28. Chavez LR. Shadowedlives: undocumented immigrants in American society. 2nd. Ed. United States: Wadsworth Thomson Learning; 1992.
29. Chiu S, Redelmeier DA, Tolomiczenko G, Kiss A, Hwang SW. The health of homeless immigrants. J Epidemiol Community Health 2009; 63: 943-8.
30. Finch BK, Catalano RC, Novaco RW, Vega WA. Employment frustration and alcohol abuse/dependence

among labor migrants in California. Journal of Immigrant Health 2003; 5: 181-6.
31. Ojeda, et al. A qualitative View of Drug Use Behaviors of Mexican Male Injection Drug Users Deported from the United States. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 2011; 88(1): 104-17.
32. Apostolopoulos Y, Somnez S, Kronenfeld J, Castillo E, McLendon L, Smith D. STI/HIV risks for Mexican migrant laborers: exploratory ethnographies. J Immigrant MinorHealth 2006; 8(3): 291-302.
33. Alegria M, Vera M, Shrout P, Canino G, Lai S, Albizu C, Marin H, et al. Understanding hard-core drug use among urban Puerto Rican women in high-risk neighborhoods. Addictive Behaviors 2004; 29: 643-64.
34. Finch BK, Catalano RC, Novaco RW, Vega WA. Employment frustration and alcohol abuse/dependence among labor migrants in California. Journal of Immigrant Health 2003; 5: 181-6.
35. De la Rosa MR, Holleran LK, et al. Substance abuse among U.S. Latinos: A review of the literature. Journal of Social Work Practice in Addictions 2008; 5: 1-2, 1-20.
36. http://hia.berkeley.edu/uploads/Publications/migracion_y_salud_english.pdf
37. Alvarez J, et al. Substance abuse prevalence and treatment among Latinos and Latinas. Journal of Ethnic Substance Abuse 2007; 6(2): 115-41.
38. Valdez y Kaplan. Conditions that increase drug market involvement: The invitational edge and the case of Mexicans in South Texas. Journal of Drug Issues 2007.
39. García V. Problem drinking among transnational Mexican Migrants: Exploring Migrant Status and situational factors. Human Organization. El consumo de de drogas en Migrantes desde una perspectiva de género. Un estudio exploratorio. 2008.
40. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Fleiz C. Cherpitel Ch, Breslau J. The Mexican migration to the United States and substance use in northern Mexico. 2008.
41. Córdova-Contreras R, Idrovo A. Medición de la Vulnerabilidad: el caso de la adicción a dorgas ilícitas en Chihuahua, México. Región y Sociedad 2010; XXII(49).
42. Sánchez-Huesca R, Arellanez-Hernández J. Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de la frontera noroccidental México-Estados Unidos. Estudios Fronterizos. Nueva Época 2011; 12(23).
43. Cervantes RC, Felix-Ortiz M. Substance abuse among Chicanos and other Mexican groups. In: Velasquez RJ; Arellano LM, McNeill GW (eds.). The handbook of Chicana/o psychology and mental health. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004, p. 325-52.
44. Vega WA, Sribney WM. Seeking care for alcohol problems: Patterns of need and treatment among Mexican-origin adults in central California. Alcoholism Treatment Quarterly 2005; 23: 29-51.
45. Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveio-Anduaga JJ, et al. Prevalence and age of on set for drug use in seven international sites: Results from the international consortium of psychiatric epidemiology. Drug and Alcohol Dependence 2002; 68: 285-97.
46. Pantin H, Coatsworth JD, Feaster DJ, et al. Familias Unidas: the efficacy of an intervention to promote parental investment in Hispanic immigrant families. Prev Sci 2003; 4(3): 189-201.
47. Prado G, Pantin H, Schwartz SJ, et al. A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. J Consul Clin Psychol 2007; 75(6): 914-26.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

II.
Estudios sobre consumo de sustancias ilícitas en mexicanos migrantes en retorno de los Estados Unidos. Evidencias para la creación de programas de atención

Dr. Ricardo Sánchez Huesca,* Dr. Jorge Luis Arellanez Hernández**

* Director de Investigación de Centros de Integración Juvenil.
** Jefe del Departamento de Investigación Psicosocial y Documental. Centros de Integración Juvenil.

En los últimos veinte años el fenómeno migratorio de carácter internacional ha tenido cambios sustanciales en su forma y tendencias. Las diversas crisis económicas a nivel mundial, la falta de oportunidades laborales en los países en desarrollo, así como la violencia social que existe en algunas naciones han propiciado el traslado de hombres, mujeres, jóvenes, niños e incluso familias completas a países desarrollados con la ilusión de mejorar su calidad de vida. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe[1] reportó que para el año de 2005 cerca de 190 millones de hombres y mujeres vivían fuera de su país de origen. Latinoamérica y el Caribe son dos de las regiones donde se ha registrado mayor incremento en la migración de carácter internacional con 25 millones de personas aproximadamente.

Uno de los países con mayor atracción migratoria a nivel mundial es Estados Unidos. La cercanía geográfica de esa nación con México, procesos históricos compartidos y factores económicos y sociales actuales, propicia que miles de connacionales consideren ese país como principal destino migratorio. México constituye en la actualidad el país con la mayor cantidad de nacionales residentes en Estados Unidos; se estima que casi medio millón de mexicanos se trasladan cada año con propósitos de permanencia, en el año 2010 se calculó que de los 11.2 millones de migrantes indocumentados que residen en ese país, 6.5 millones son mexicanos.[2,3] Ese mismo año se estimó que 1 de cada 10 personas que residen en Estados Unidos es de origen mexicano.

Desde mediados de los años ochenta del siglo pasado se observa el surgimiento de una nueva *etapa* en la migración, además de un aumento en la escala y magnitud se vislumbran cambios importantes en el perfil sociodemográfico, temporalidad de la estancia migratoria y ampliación de lugares destino en los Estados Unidos. Algunas de las modificaciones en el perfil del migrante se relacionan con la creciente presencia de mujeres, jóvenes y niños, indígenas y habitantes de zonas urbanas.

La incorporación de migrantes provenientes de zonas más urbanizadas obedece, entre otras razones, al desarrollo propio de nuestro país y a la escasez de oportunidades de empleo. La estancia migratoria, antes especialmente circular, se ha modificado ante las múltiples estrategias de control de la frontera y al endurecimiento de la política migratoria estadounidense, haciendo que la temporalidad sea por periodos más amplios e incluso, permanente.

Debido a que un alto porcentaje de nuestra migración es de carácter indocumentado, el cruce fronterizo se realiza en condiciones de alto riesgo para quien migra y, en ocasiones, para la familia que le acompaña. Asimismo, los mecanismos de control para limitar el cruce, lo único que han conseguido es aumentar esos riesgos al forzar a los migrantes a intentar pasar por zonas menos vigiladas, lo que lleva a trasladarse por áreas geográficas con mayor peligro como el desierto, el río, el mar.

Los estudios sobre migración en México tienen larga data, existen investigaciones multidisciplinarias sobre temas demográficos, económicos, políticos, sociológicos, antropológicos y médicos, no obstante, la salud mental en específico, sus expresiones y consecuencias ha sido un tema muy escasamente tocado. Fue a fines de la década de 1970 que se documentó un estudio que considera la experiencia migratoria como un factor que puede afectar la salud mental de quien migra.[4] Casi una década después, Trigueros y Rodríguez[5] estudiaron el impacto de la migración del hombre en su pareja, a quien se demanda la responsabilidad de mantener la estabilidad, la salud y la unidad familiar. Algunos años más tarde se publican estudios que evidencian el estrés, la depresión, la ansiedad y diversas enfermedades psicosomáticas en mujeres que enfrentan la migración de su pareja.[6-8] Si bien los estudios sobre salud mental en población migrante habían sido escasos, aquéllos que buscaban conocer el uso de drogas en migrantes mexicanos aún son menos y, en general, los que hay son muy recientes y elaborados en población mexicana con estancia en Estados Unidos.[9-12]

El interés por el tema migratorio en Centros de Integración Juvenil (CIJ) se remonta al año 2002, año en que sus registros del patrón de consumo de drogas en sus pacientes identifica el uso de heroína en entidades del centro y sureste del país, particularmente el área metropolitana de la ciudad de México, Puebla y Oaxaca, situación que llamó la atención, ya que durante casi 30 años el uso de esa sustancia se circunscribía a nuestras unidades ubicadas en la frontera noroccidental, específicamente en las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez, de acuerdo con el registro sistemático de patrón de consumo de drogas en pacientes de primera vez.[13,14] Realizando un análisis de los casos geográficamente atípicos, se encontró como elemento común que eran migrantes en retorno de la Ciudad de Nueva York, luego del ataque de septiembre 2001, quienes ante el temor de un nuevo atentado o por el recrudecimiento del control migratorio habían decidido regresar al país.

Este descubrimiento puso en evidencia una realidad macrosocial que hasta entonces no había sido incluida en las investigaciones psicosociales de CIJ: el posible impacto de la emigración a Estados Unidos en los patrones del uso de drogas legales e ilegales. La relevancia del tema se dimensionó al percatarse de que a pesar de los controles migratorios, la migración mexicana hacia los Estados Unidos, debido a sus raíces históricas y cercanía geográfica, conserva aún una dinámica circularidad, con familias fragmentadas en uno y otro país, con un ir y venir de divisas, personas, costumbres, hábitos y enfermedades, entre las que podría ubicarse la adicción a sustancias psicotrópicas.

Para una primera aproximación se diseñó un estudio exploratorio transversal con pacientes usuarios de drogas asistentes a tratamiento a CIJ[15], se crearon dos grupos, uno con estancia migratoria a la frontera norte y/o Estados Unidos y otro sin tal experiencia. La selección de casos se efectuó con un muestreo no probabilístico por cuotas, el cual consideró características sociodemográficas equivalentes a fin de que el poder estadístico de las

diferencias intergrupales fuera estable. La selección de la muestra se realizó en unidades de CIJ ubicadas en entidades cuya tasa de movilidad migratoria a Estados Unidos se encontraba por arriba de la media nacional de acuerdo con el INEGI[16] y que el año 2001 registraron alto porcentaje de pacientes usuarios de heroína y/o metanfetamina,[14] esta última droga, cuyo comportamiento había mostrado un aumento sostenido y queríamos conocer si estaba relacionada con la estancia migratoria en el vecino país del norte. El estudio se realizó con dos grupos de 46 usuarios cada uno. El 97.8% de los casos fueron varones con una edad promedio de 26 años (DE = 7.5), 80% tenía un nivel de escolaridad por arriba de la media nacional (7.5 años); la mayor escolaridad, es decir, los de nivel profesional se encontraron más en el grupo de usuarios migrantes.

De los 46 *usuarios migrantes*, nueve se trasladaron a la frontera norte, principalmente Tijuana y Ciudad Juárez, ciudades tradicionales de cruce donde se establecieron por un tiempo; 37 se dirigieron a Estados Unidos, 70% sin documentos. Los principales motivos de migración en ambos grupos fueron mejorar sus condiciones de vida y conseguir empleo. Una tercera parte de quienes estuvieron en Estados Unidos también tenía como objetivo reunirse con la familia. Casi tres cuartas partes planeaban "ir sólo por una temporada".

Entre los hallazgos más relevantes se encontró que, en relación con el uso de drogas, la comparación entre grupos de *usuarios migrantes* y *no migrantes*, en general, el uso de sustancias fue mayor en quienes habían migrado *(Cuadro I)*.

Destaca que el *crack*, las metanfetaminas y anfetaminas registraron porcentajes de uso prácticamente del doble entre los *usuarios migrantes* en comparación con los *usuarios no migrantes*. En el mismo sentido, el consumo de éxtasis fue significativamente mayor en el grupo de *usuarios migrantes* (13.0%) que en el de *usuarios no migrantes* (2.2%; [$\chi^2 = 3.866$; $p = 0.049$]).

Diferenciando el consumo de drogas en el grupo de *usuarios migrantes* durante la *estancia migratoria en Estados Unidos*, se encontró que el consumo de cocaína pasó de 54.1% antes de emigrar a 67.6% durante la estancia migratoria y 70.3% al retorno (*Q de Cochran = 5.250; p = 0.072; McNemar = 0.025*); *el crack*, antes de migrar tenía un consumo de 2.7%, durante la estancia migratoria aumentó a 27.0%, disminuyendo al retorno a 16.2% (*Q de Cochran = 5.250; p = 0.072;McNemar = 0.025*). Los *usuarios migrantes* a Estados Unidos no reportaron uso de heroína antes de emigrar, sin embargo, durante la estancia 13.5% reportó haberla consumido, reduciéndose el uso al retorno a 5.4%. Este dato es, por sí mismo, significativo. Otras drogas que incrementan su uso durante la estancia migratoria fueron éxtasis y metanfetaminas; aparece también la experimentación de LSD y PCP, drogas de uso poco frecuente en México *(Cuadro II)*.

Es interesante que el motivo de uso de metanfetamina sea distinto entre los *usuarios migrantes a*

Cuadro I. Porcentaje de uso de drogas ilícitas alguna vez por grupo de comparación.

Sustancias	No migrantes (n = 46)	Migrantes (n = 46)
Mariguana	78.3	82.6
Cocaína	89.1	87.0
Basuco	15.2	23.9
Crack	15.2	30.4
Anfetaminas	8.7	19.6
Estimulantes	-	6.5
Antidepresivos	4.3	15.2
Metanfetaminas	21.7	39.1
Éxtasis	2.2	13.0*
LSD	4.3	15.2
PCP	-	6.5
Inhalables	28.3	43.5
Sedantes	8.7	4.3
Rohypnol	21.7	28.3
Tranquilizantes	23.9	19.6
Heroína	23.9	17.4
Refractil	4.3	8.7

* p significativa al 0.05.

Cuadro II. Porcentaje de uso de drogas ilícitas en el grupo de usuarios migrantes a Estados Unidos antes de migrar, durante estancia migratoria y al retorno (n = 37).

Sustancias	Antes de migrar	Durante estancia migratoria	Al retorno
Mariguana	59.5	59.5	45.9
Cocaína*	54.1	67.6	70.3
Crack*	2.7	27.0	16.2
Estimulantes	-	2.7	2.7
Metanfetaminas	2.7	8.1	10.8
Éxtasis	2.7	10.8	5.4
LSD	-	13.5	-
PCP	2.7	5.4	-
Solventes Inhalables	35.1	8.1	18.9
Tranquilizantes	10.8	2.7	8.1
Opiáceos	-	5.4	5.4
Heroína	-	13.5	5.4

* p significativa al 0.05.

frontera norte y los *migrantes a Estados Unidos.* Los primeros prefieren consumirla porque "acelera", "activa"; en tanto que los *migrantes a Estados Unidos* porque "permite rendir más en el trabajo", "aminora la necesidad de dormir" y "para trabajar más", principales motivos para emigrar.

A manera de conclusión de este estudio, se puede señalar que aunque la mayoría de los *usuarios migrantes* ya habían consumido drogas legales e ilegales en su lugar de residencia, aquéllos que emigraron a Estados Unidos incrementan el uso de algunas sustancias y experimentan con otras, patrón que podría influir en la modificación del uso de ciertas sustancias en nuestro país a su retorno.

Ese primer estudio y sus resultados fueron la base para la apertura en CIJ de una línea de investigación psicosocial específica para estudios en población mexicana migrante. A la fecha se han concluido 22 estudios con migrantes connacionales en retorno. Para este texto a continuación se presentan los resultados más relevantes de algunas de esas investigaciones.

ESTUDIOS CON MIGRANTES DE 18 a 65 AÑOS EN RETORNO VOLUNTARIO O FORZADO

Se han realizado seis investigaciones recuperando información de 2,350 casos. Resumiremos aquí un estudio con una muestra de mexicanos migrantes en retorno de los Estados Unidos, mayores de 18 años, captados en las ciudades fronterizas de alto cruce migratorio indocumentado, cuyo objetivo fue conocer la relación entre la estancia migratoria en aquel país y el consumo de drogas.[17] A través de un muestreo no probabilístico, por cuotas, se planeó recopilar información de 600 migrantes en retorno temporal en las ciudades de Tijuana, Nogales y Ciudad Juárez. Se lograron captar 567 migrantes (en Tijuana 141, Nogales 222, Ciudad Juárez 204). En la ciudad de Tijuana no se alcanzó la cuota de 200 casos prevista debido a que condiciones climáticas extremas en diferentes periodos del año interrumpieron la vida cotidiana del área y el tránsito de migrantes. La información se recuperó en el año 2004 en un cuestionario elaborado *ex profeso,* en los domicilios de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil que apoyan a migrantes, y cuyo personal colaboró aplicando la encuesta.

El 78% de los migrantes fueron varones y 22% mujeres, con una edad promedio de 29.3 años (DE = 8.2) en un rango de 18 a 58 años. Casi la mitad (48%) tenía una relación conyugal (casado o en unión libre), 43% era soltero y 8.9% estaba separado, divorciado o era viudo. Sólo 8.6% carecía de estudios formales aunque sabía leer y escribir. Antes de migrar 78% tenía empleo remunerado, 10% se dedicaba exclusivamente al hogar, 5% sólo estudiaba y 6% estaba desempleado.

El 87% de los casos no contaba con documentos para cruzar legalmente la frontera, 13% restante ingreso con documentos pero éstos caducaron durante su estancia. Más de la mitad planeaba estar sólo una temporada (54.3%), 11% consideraba "ir y venir" de manera constante; 23.6% pro-

yectaba quedarse por tiempo indefinido y 8% no retornar a México. El principal motivo para migrar fue mejorar económicamente (84%).

Llama la atención que 306 migrantes reportaron que era su primera experiencia migratoria, todos fueron repatriados; sin embargo, de los 261 casos que en dos o más ocasiones habían llegado a Estados Unidos, 54% dijo que su retorno a México fue involuntario mientras que para 46% fue voluntario *(Cuadro III)*.

Los migrantes con experiencia migratoria previa, 69.7% consideraba como una opción intentar nuevamente cruzar la frontera, el resto no manifestó tener la intención de regresar *(Cuadro IV)*.

En relación con el uso de drogas ilícitas, 159 migrantes (28%) reportaron haber usado al vez alguna droga ilegal; 101 casos (63%) iniciaron su uso en México y 58 casos (37%) en Estados Unidos. De los que iniciaron en México, durante su estancia migratoria dejaron de usar drogas ilícitas 41 casos, 60 lo continuaron e incluso lo incrementaron.

Al comparar el patrón de consumo antes de emigrar y durante la estancia migratoria en Estados Unidos, se observa un aumento significativo en el uso de cocaína ($\chi^2 = 108.797; gl = 1; p < 0.001$) y metanfetaminas ($\chi^2 = 18.592; gl = 1; p < 0.001$), así como una disminución significativa en el consumo de mariguana ($\chi^2 = 148.282; gl = 1; p < 0.001$). El consumo de crack, LSD, PCP y heroína también aumentaron, pero no de forma estadísticamente significativa *(Cuadro V)*.

En opinión de los *migrantes no usuarios de sustancias ilícitas* (72%), el mayor factor de protección para evitar el uso de drogas ilícitas han sido los valores y consejos dados por sus padres.

ESTUDIOS CON MUJERES ENTRE 12 Y 65 AÑOS MIGRANTES EN RETORNO

Se han realizado seis investigaciones recuperando información de 3,830 casos. En este capítulo se reseña un estudio realizado con 31 mujeres entre 14 y 45 años que contaban con antecedentes de migración a Estados Unidos en los últimos cinco años y que permanecieron por lo menos seis meses en ese país.[18] Estas mujeres fueron contactadas y entrevistadas a través de organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil de apoyo a migrantes ubicados en las ciudades de Nogales, Tijuana, Ciudad Juárez y Morelia. Las tres primeras ciudades fronterizas con alto índice de cruce indocumentado, la última perteneciente a una entidad del centro del país con historia migratoria a Estados Unidos de larga data.

La guía de entrevista elaborada consideró las variables objeto de estudio: proceso migratorio, redes sociales de usuarios de drogas y características del consumo de drogas ilícitas asociadas.

La edad promedio de las entrevistadas fue de 26.5 años (DE = 10.0); la mayoría con una escolaridad media básica (21 mujeres), cinco contaban con estudios de nivel medio superior y tres eran profesionistas. Once se dedicaban al hogar, ocho tenían

Cuadro III. Migrantes con dos o más estancias migratorias. Tipo y motivos de retorno a México (n = 261).

Tipo de retorno	Motivos	%
Involuntario	Repatriación (falta de documentos para estancia)	49.8
	Deportación (por conducta delictiva)	4.2
Voluntario	Situación familiar (visita, enfermedad o muerte de familiar)	32.9
	Motivos personales (extrañar, aburrimiento, fastidio)	12.3
	Condiciones sociales en Estados Unidos (guerra con Irak)	0.4
	Condiciones sociales en México (problemas con tenencia de la tierra)	0.4

Cuadro IV. Migrantes con dos o más estancias migratorias. Intención y motivos de retorno a Estados Unidos (n = 261).

Intención	Motivos	%
Retornar	Mejoría económica	32.2
	Trabajo	19.1
	Familiares radicados en Estados Unidos	14.2
	Carencia de oportunidades en México	1.9
	Intención de residencia en Estados Unidos	1.5
	Otro	0.8
No Retornar	Dificultades para cruzar	13.4
	No adaptarse a Estados Unidos	7.7
	Problemas legales en Estados Unidos	4.2
	Discriminación	2.3
	Otras razones	2.7

Cuadro V. Porcentaje de consumo de drogas ilícitas antes y durante la estancia migratoria (n = 567).

Sustancia	Antes de migrar	Durante la estancia migratoria
Mariguana*	15.2	13.9
Cocaína*	7.6	10.8
Crack	1.4	4.1
Estimulantes anfetamínicos	0.7	1.8
Metanfetaminas*	3.0	5.6
Éxtasis	0.7	1.1
Refractil	0.4	0.5
Otros estimulantes	0.2	0.5
Inhalables	2.5	1.1
LSD	0.7	1.6
Hongos alucinógenos	1.2	0.9
PCP	0.2	1.1
Rohypnol	1.9	1.6
Sedantes	0.2	0.5
Tranquilizantes	0.2	0.9
Opio	0.5	0.7
Heroína	0.7	2.6

* p significativa al 0.001.

un trabajo remunerado; ocho no tenían ocupación y cuatro se dedicaban a estudiar. Poco más de la mitad (17 casos) tenían vida en pareja, doce eran solteras. Veinte mujeres tenían hijos (dos en promedio), tres migraron con alguno de ellos y 15 mencionaron que al menos uno de sus hijos nació en Estados Unidos.

La edad en que migraron por primera vez está en un rango entre los 5 y 43 años, con una edad promedio de 18.4 años (DE = 8.7). El 41.9% era menor de edad cuando migró por primera vez. Entre los motivos para emigrar destaca en primer lugar la búsqueda de mejora económica, le siguen en frecuencia factores familiares como migración de sus padres (se las llevaron) y alcanzar a su pareja. Estos dos últimos motivos no se han encontrado en ninguno de nuestros estudios con varones migrantes.

La mayoría de estas mujeres realizó el cruce fronterizo sin documentos (24 casos), 21 iban acompañadas (16 con familiares, madre, hermano o pareja; tres con amigos y dos con desconocidos) y sólo siete cruzaron sin estar acompañadas.

Aunque poco más de la mitad de las migrantes emigró con la idea de estar sólo por un tiempo en Estados Unidos (18 casos), la permanencia promedio fue de tres años (DE = 3). Entre los destinos migratorios destacan California y Texas. Casi todas llegaron a vivir con algún familiar (28 mujeres). Durante su estancia migratoria, todas tuvieron un empleo remunerado, 14 laboraron en el área de servicios en empresas de comida rápida, restaurantes y oficinas; diez fueron empleadas domésticas y siete se desempeñaron como cuidadoras de niños.

En relación con el consumo de drogas ilícitas, prácticamente todas tienen un familiar o conocido que ha usado o usa drogas: doce, su padre, hermano, tío o primo; diez, algún amigo; seis, su pareja sentimental. De las 31 mujeres, ocho de ellas han usado alguna droga ilegal alguna vez por curiosidad, a través de la oferta de amigos, por los efectos que provoca, para relajarse o por soledad. En México se dio la primera experimentación en seis mujeres, sólo dos probaron la droga por primera vez en Estados Unidos.

Las sustancias psicoactivas reportadas antes de migrar fueron mariguana, inhalables y metanfetaminas. Una mujer reportó haber usado LSD durante el periodo de traslado de su lugar de origen hacia Estados Unidos. Las drogas que se usaron por primera vez en Estados Unidos fueron cocaína, crack, éxtasis, hongos, PCP y heroína. Al retornar a México, el consumo de algunas drogas disminuyó y desapareció el de otras. Llama la atención que el uso de antidepresivos y rohypnol se registró únicamente al retorno (*Cuadro VI*).

A manera de síntesis podemos destacar que casi una tercera parte de esta muestra de mujeres migrantes en retorno menciona uso de drogas alguna vez, consumo mucho mayor que el reportado en mujeres de la misma edad en la ENA 2002[19]

Cuadro VI. Porcentaje de consumo de drogas antes de migrar, durante estancia migratoria y al retorno (n = 31).

Sustancia	Antes de migrar	Durante la estancia migratoria	Al retorno
Mariguana	9.7	12.9	12.9
Cocaína	-	9.7	6.5
Crack	-	3.2	-
Metanfetamina	3.2	3.2	3.2
Éxtasis	-	3.2	3.2
Inhalables	9.7	-	9.7
Hongos alucinógenos	-	3.2	-
LSD	3.2	6.5	-
PCP	-	3.2	-
Rohypnol	-	-	3.2
Heroína	-	3.2	-
Antidepresivos	-	-	3.2

* p significativa al 0.05.

(2.1%) y ENA 2008[20] (2.6%). Este mayor consumo también se encontró en otro estudio realizado con mujeres michoacanas en retorno con una muestra de 702 casos.[21]

ESTUDIOS CON ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS MIGRANTES EN RETORNO

A pesar de que los y las adolescentes siempre han estado presentes en los movimientos migratorios al trasladarse con su familia o haciéndolo por decisión propia, es reciente su identificación en este campo. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe[1] considera que la migración adolescente en la región latinoamericana ha aumentado como producto de la pobreza en los países de origen, al incremento de la migración femenina –las madres que se van– y la diseminación de redes de tráfico de personas, a través de los llamados *polleros* o *pateros.*

Dentro del fenómeno migratorio en general, a los adolescentes se les podría clasificar al menos en tres escenarios: los hijos de emigrantes que se quedan en el lugar de origen, los que emigran por decisión propia o inducidos socialmente y aquéllos que han nacido en el país receptor. Cada uno de estos subgrupos tiene características propias y requiere para su comprensión de estudios y análisis específicos. En el estudio que aquí se resume se aborda al segundo grupo, los que nacieron en México y emigran a los Estados Unidos, solos o acompañados con la intención de radicar en ese país.

La adolescencia, como periodo de transición entre la niñez y la adultez, es variable en cada sociedad y momento histórico, resulta evidente que se refiere a algo más que a una mera etapa de maduración fisiológica; se trata de un conjunto de años vitales que conllevan un encargo social definido por el entorno. Este crecimiento y transformación fisiológica, sexual, psicológica y social crea una situación de crisis; para continuar creciendo requiere aceptar cambios internos y externos, superar obstáculos, conquistar nuevos territorios, cambiar. Esta condición turbulenta provoca cierta desorganización en su conducta, confusión en su sentir, pensar y actuar, generando una pregunta clave a contestar, ¿quién soy yo? Pero, él y la adolescente, además de estar inmerso en el proceso de construir su identidad personal, se encuentra creando su identidad social, la cual podría resumirse en la demanda de responder a la pregunta grupal ¿quiénes somos? Esto es, la percepción que tiene de sí mismo en relación con los otros, con la comunidad, con la sociedad.

El proceso de conformación de ambas identidades –personal y social– es una tarea ardua para cualquier adolescente, pero especialmente complicada para aquéllos que pierden al migrar el contexto social básico de referencia, su país, su familia, sus amigos. Si a estas condiciones se agrega, además el estar en un medio ambiente que no asimila o no acepta, el riesgo para generar ciertas alteraciones en la salud mental es mayor. Como menciona Peter Blos,[22] "un individuo o un grupo puede sufrir

un verdadero daño si la gente o la sociedad le muestra como reflejo un cuadro limitativo, degradante o despreciable de sí mismo", condiciones no ajenas a migrantes indocumentados.

Como podrá concluirse de estas premisas, las consecuencias que la experiencia migratoria tiene en una persona en plena crisis vital como es la adolescencia puede requerir de más respuestas adaptativas de parte del sujeto, lo cual lo coloca en una situación de mayor vulnerabilidad psicológica que a un migrante adulto. ¿Podría la emigración a otro país aumentar el riesgo de consumir drogas en adolescentes? ¿Impactaría en igual medida que en migrantes adultos? Estas fueron algunas de las preguntas que nos planteamos y hemos intentado responder en las investigaciones realizadas con este sector poblacional.

A la fecha se han concluido cinco investigaciones con jóvenes entre 12 y 17 años, recuperando información de 1,340 adolescentes. A continuación se resume una cuyo objetivo fue conocer algunas causas y efectos que tiene el proceso y estancia migratoria en Estados Unidos en adolescentes y la posible relación de esas condiciones con el uso de drogas.[23]

Partiendo del hecho que las experiencias en la migración se perciben, se materializan y expresan de manera distinta en hombres y mujeres, se planeó llevar a cabo el análisis de resultados con una visión de género. Por otra parte, debido a que la frontera norte de México es una zona que socialmente se comporta de manera distinta entre los estados mexicanos y sus colindantes con Estados Unidos se dividió la frontera en dos regiones: noroccidental y nororiental para conocer posibles diferencias tanto en proceso migratorio como en consumo de drogas. Es así que se incluyeron ocho ciudades con alto cruce migratorio.

La población de estudio fueron adolescentes, hombres y mujeres entre 12 y 17 años, con nacimiento en cualquier entidad de la República Mexicana, que hubieran radicado en Estados Unidos por tres meses o más con el propósito de migrar y fueron repatriados a nuestro país por autoridades estadounidenses a ciudades de la frontera.

Para la encuesta se diseñó un cuestionario con cuatro secciones: características del proceso migratorio, redes de apoyo familiares y sociales asociadas a la migración, percepción de daño del consumo de drogas, y consumo de drogas. El levantamiento de la información se llevó a cabo en las instalaciones de los DIF municipales y en la red de albergues del SNDIF.

A través de un muestreo por conveniencia se encuestaron 183 adolescentes repatriados, 134 hombres y 49 mujeres. La diferencia entre el tamaño de las muestras por sexo es reflejo de la disparidad que se registra entre los y las adolescentes migrantes. Con todo, considerando las bases de ponderación muestral establecidas por Kerlinger y Lee,[24] así como las que plantean Sommer y Sommer,[25] se concluyó innecesaria una paridad intergrupal para estar en posibilidad de comparar, diferenciar y/o estimar características o atributos

como la experiencia migratoria y el consumo de drogas ya fuese por sexo o por región fronteriza.

La edad promedio de hombres y mujeres fue de 15 años (DE = 2.6 y 1.8, respectivamente). Se trata pues de acuerdo con la categoría de adolescencia de Peter Blos[22] de *adolescentes propiamente,* en plena época de cambios físicos e inestabilidad psicológica, de construcción de una identidad psicosexual y en búsqueda de una identidad social.

En la mayoría de estos adolescentes su escolaridad fue de nivel medio básico. Más de la mitad de los casos cursaron el último año escolar en Estados Unidos, dato que reafirma la presencia de una red familiar allá. Las entidades federativas mexicanas de las que provienen son muy diversas, se reportan como entidades de origen 27 de las 32 que conforman el país. Como lugares destino en Estados Unidos se mencionan 25 estados aunque predominaron California y Texas.

Para 74.6% de los varones y 65.3% de mujeres era la primera vez que intentaban migrar, el resto lo había intentado en otra ocasión por lo menos. Debido a que la mayoría cruzan sin documentos migratorios, la forma y lugar de cruce es importante. En este estudio, el medio más utilizado en las mujeres fue la carretera ($\chi^2 = 6.455$; $gl = 1$; $p = 0.0011$), en varones, el río ($\chi^2 = 7.571$; $gl = 1$; $p = 0.006$; Cuadro VII).

Una de las estrategias que consideran los migrantes sin documentos para cruzar la frontera es contratar los servicios de un "guía experto", es decir, un *pollero* o *patero.* En estos adolescentes, varones y mujeres, en poco más de 39% de casos, sus padres acordaron el cruce con estos personajes.

El motivo principal de emigración en hombres y mujeres fue reencontrarse con su familia, aunque este móvil fue significativamente mayor en mujeres ($\chi^2 = 6.490$; $gl = 1$; $p = 0.011$). Otras de las razones fueron estudiar y trabajar; esta última actividad resultó ser significativamente mayor en los varones ($\chi^2 = 4.241$; $gl = 1$; $p = 0.039$; Cuadro VIII).

Estos jóvenes, al parecer, reproducen el esquema de género dominante; esto es, las mujeres son más atraídas por la familia mientras que los varones son derivados al trabajo, a incorporarse a la fuerza laboral para ser proveedores o apoyar en el gasto y manutención familiar. Para ubicar este dato en su justa medida ha de recordarse que tienen una edad promedio de 15 años.

En poco más de la mitad alguno de los padres residía ya en Estados Unidos (57.1% mujeres y 52.2% hombres); alrededor de dos terceras partes tenían al menos un hermano viviendo allá (77.1% mujeres, 77.5% hombres).

Una vez que estos jóvenes arriban a la localidad destino en Estados Unidos, el apoyo en las redes familiares y sociales es fundamental. Destaca que son las mujeres quienes reciben el mayor apoyo en cuanto a alojamiento y alimentación por parte de sus redes ($\chi^2 = 4.534$; $gl = 1$; $p = 0.033$), como si a los varones se les percibiera con mayor capacidad u obligación de "cuidarse solos" por el hecho

Cuadro VII. Principales lugares de cruce en la frontera por género (n = 183).

	Mujeres n = 49	Hombres n = 134
Desierto	14.3	17.9
Río*	20.4	42.5
Mar	6.1	10.4
Carretera*	34.7	17.2

* p significativa al 0.05.

Cuadro VIII. Principales motivos de migración por género (n = 183).

Motivos migración	Mujeres n = 49	Hombres n = 134
Reunificación familiar (padres y/o hermanos)*	51.0	30.6
Para estudiar	40.8	35.1
Trabajar*	26.5	43.3
Por espíritu aventurero	-	6.0
Por tradición cultural	-	3.0

* p significativa al 0.001.

de "ser hombres", olvidando que son personas en una situación de vulnerabilidad al estar en un país extraño y, además, son adolescentes que necesitan la orientación y protección de los adultos.

Con este mismo estereotipo de género se puede entender que en una proporción significativamente mayor, a los adolescentes varones, los familiares y amigos les ayudaron más a conseguir empleo ($\chi^2 = 9.525; gl = 1; p = 0.002$). Aunque es muy probable que las adolescentes también hayan trabajado, sólo que en casa; realizando quehaceres domésticos sin remuneración económica y, por tanto, no aparece afirmativa la pregunta acerca de si trabajó durante su estancia migratoria, hipótesis que avanzamos y sería relevante corroborar en otros estudios (*Cuadro IX*).

El 41.5% de los y las jóvenes (76 casos) desarrollaron un empleo remunerado durante su estancia en Estados Unidos, muchos más varones que mujeres (60 y 16, respectivamente). De quienes laboraron más de 40% tuvo dos empleos (45% hombres, 43.8% mujeres) con una jornada laboral diaria de casi ocho horas. Nuevamente habría que contextualizar este dato con el hecho de que se trata de adolescentes con edad promedio de 15 años, quienes al tener dos jornadas laborales ven limitadas sus posibilidades de incorporarse a un ámbito escolar y a disfrutar de tiempo libre.

Como era de esperarse, el tipo de empleo de las mujeres estaba asociado al sector de servicios sobre todo en actividades de limpieza, elaboración de comida y la atención al público; los varones se desempeñaron en la construcción y oficios diversos como jardinería, mantenimiento, mecánica, limpieza de autos.

En relación con el consumo de drogas ilícitas, tanto hombres como mujeres opinaron que conseguir drogas en México y Estados Unidos es fácil y muy fácil. El consumo alguna vez de alcohol es más alto en hombres que en mujeres (61.2 y 46.9%, respectivamente). El uso alguna vez de drogas ilícitas es de 20.9% en varones y 4.1% en mujeres. En ambos el uso es más alto que el reportado para el mismo grupo etáreo en la ENA 2002:[19] 2.4% en varones y 0.70% en mujeres y ENA 2008:[20] 3.7% en varones y 2.1% en mujeres.

En los adolescentes que reportaron uso alguna vez (30 en total), nueve de ellos, todos varones, iniciaron el consumo en México y continuaron usando drogas ilícitas durante la estancia migratoria, los 21 adolescentes restantes iniciaron el uso en Estados Unidos, 19 varones y dos mujeres (*Cuadro X*).

Antes de migrar, la sustancia más usada fue mariguana, en menores proporciones cocaína, crack, metanfetaminas, inhalables, éxtasis y heroína. Durante la estancia migratoria las drogas más usadas, en hombres y mujeres fueron mariguana y cocaína. La primera aumentó en forma estadísticamente significativa ($\chi^2 = 7.466; gl = 1; p = 0.026$; *Cuadro XI*).

Cuadro IX. Tipo de ayuda que proporcionaron familiares o amigos en Estados Unidos por género (n = 139).

	Mujeres n = 40	Hombres n = 99
Alojamiento	82.5	68.7
Alimentación*	75.0	55.6
Conseguir trabajo**	12.5	39.4
Prestando dinero	20.0	26.3
Estudiar	2.5	4.0

** p significativa al 0.005. * p significativa al 0.001.

Cuadro X. Inicio del consumo de drogas ilícitas por país y género (n = 30).

País	Mujeres n = 49	Hombres n = 134
México	-	30.0
Estados Unidos	100	70.0

Hasta aquí algunos de los resultados de esta investigación con adolescentes repatriados, hallazgos que invitan y dan pauta para la elaboración de otros estudios sobre las repercusiones que tiene la experiencia y estancia migratoria en los Estados Unidos.

Como una conclusión general del resumen de las investigaciones descritas, los adolescentes migrantes en retorno es la población a quien más impacta la estancia migratoria en los Estados Unidos para iniciarse en el uso de drogas ilícitas; a este grupo le siguen las mujeres, en especial las más jóvenes, con mayor escolaridad. En varones, la estancia parece impactar más para incrementar su consumo en quienes ya las habían experimentado desde México.

Aunque los resultados de estos estudios no pueden generalizarse a todos los migrantes en retorno ya que esta denominación agrupa diversos subgrupos diferenciados por factores que van desde sexo, edad, raza, clase social, zona geográfica y estado de expulsión, condición legal para migrar, postura y actitud política de los gobiernos para tratar el tema de migración entre muchos otros, condiciones a considerar, si permiten entrever realidades que por su consistencia se hacen manifiestas y con base en las cuales se pueden hacer propuestas de intervención en la prevención de adicciones. Con la misma percepción de *los migrantes* como grupo complejo podríamos considerar que ésas deberían planearse tomando en cuenta, por lo menos, cuatro subgrupos: "los que están allá", "los que se quedan", "los que planean irse", "los que regresan", todos con dos ejes transversales: género y ciclo vital.

PROPUESTAS DE ATENCIÓN BASADAS EN EVIDENCIAS

Para "los que están allá"

Los Consulados de México en Estados Unidos son espacios donde acuden los mexicanos que residen en aquel país por distintos motivos. Hoy en día, la mayoría de estas instancias diplomáticas tienen una Ventanilla de Salud, la cual proporciona información sobre temas diversos al respecto.

Algunos de los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas sobre el tema migratorio en CIJ han permitido que en acuerdo y con el apoyo de la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud de México, se haya diseñado un Cartel para ofrecer información sobre los servicios que ofrece CIJ en México. Este cartel en su parte central tiene una pregunta *¿Tienes un familiar en México que usa drogas? y la frase, Recomienda que acuda a tratamiento al Centro de Integración Juvenil (CIJ) más cercano a su domicilio para recibir atención profesional de médicos y psicólogos especialistas en adicciones.* Al lado se encuentra un mapa de la república donde se localizan las unidades de atención y concluye anotando *Dile a tu familiar que llame al (0155) 52121212.* Es una propuesta simple y económica y se basa en aplicar los varios de los hallazgos obtenidos en nuestros estudios, reconociendo la condición fragmenta-

Cuadro XI. Drogas consumidas durante la experiencia migratoria por género (n = 183).

Sustancia	Antes de migrar		Durante la estancia migratoria	
	Mujeres n = 49	Hombres n = 134	Mujeres n = 49	Hombres n = 134
Mariguana*	-	6.0	4.1	18.7
Cocaína	-	2.2	2.0	5.2
Crack	-	1.5	-	1.5
Metanfetaminas	-	1.5	-	1.5
Éxtasis	-	0.7	2.0	0.7
Inhalables	-	1.5	-	0.7
Heroína	-	0.7	-	0.7

* p significativa al 0.05.

da de la familia por la migración, de la frecuente comunicación entre el familiar que "esta allá" y la familia de "acá", en especial el conyugue y los hijos. Del *poder* que se le otorga al que envía dinero para la manutención, o simplemente por ser el que está "allá" con todo el imaginario adjudicado al hecho de vivir en Estados Unidos.

Para "los que regresan"

Basados en el patrón de la migración circular, todavía vigente a pesar del aumento de los controles en la frontera, se planeó ofrecer servicios de atención terapéutica factible en el tiempo de retorno temporal a México, ya que por lo común vienen por algunas semanas o meses. Para estos migrantes se diseñó un díptico, *¿Problemas de adicciones? Tenemos la respuesta.* En este material se motiva a acudir al CIJ de su entidad para recibir tratamiento durante su estancia en el país. Concluye con la frase: *El cuidado de la salud es muy importante para sentirse bien y seguir trabajando para uno mismo y su familia*, frase que sin duda reconoce que volverán a irse a Estados Unidos. En contraportada aparece el directorio de CIJ en toda la república. Esta propuesta se fundamentó en el hecho que algunos de los migrantes incluidos en las investigación, pacientes en tratamiento en CIJ, habían retornado justamente para atenderse de su consumo de drogas; preferían hacerlo en su idioma y con un profesional de México, ya que consideraban podía entenderlo mejor. El díptico se distribuye en las Ventanillas de Salud de los Consulados de México en Estados Unidos.

Para quienes planean "irse al otro lado"

México es un país de migrantes y en muchas entidades el "irse al otro lado" es una estrategia de sobrevivencia ante la carencia de empleos dignos o franca miseria; así también en algunas comunidades forma parte de un rito de iniciación adolescente, especialmente para los varones, ir a Estados Unidos y lograr salir adelante. Si en ciertas condiciones socioeconómicas es inviable frenar la migración, lo que sí es posible hacer es proteger a esta población en nuestro ámbito de competencia, en nuestro caso en salud. Es así como surgió el díptico *¿Te vas? Tips de Salud*.

Se diseñó con un lenguaje simple que aborda de manera sintética diversas realidades internas y externas del migrante, aspectos emociones como temor, depresión, añoranza, necesidad de ser aceptado y querido lejos de su familia y amigos, hasta elementos externos como las dobles jornadas de trabajo para tener dinero para enviar a su familia. Cada una de las frases que lo integran condensa la información de muchos entrevistados y se integró con base en los fundamentos lingüísticos de la epistemología de Milton Erikson.[26] En contraportada tiene el directorio de las unidades de atención CIJ.

Para "los que se quedan"

La otra población migrante son "los que se quedan", la esposa, el esposo, los hijos, la mamá, el papá, los hermanos, los tíos, los abuelos, los amigos, en fin, el

entorno social inmediato, mediato y amplio de quien se desplaza a Estados Unidos u otro país por necesidad o voluntad propia. En general éste es un sector menos visible aunque se encuentre tan impactado como "el que se va" y en ocasiones mucho más debido a que aquél está llevando a cabo una decisión en tanto "los que se quedan" sólo reciben o padecen las consecuencias.

Considerando este sector es que se propuso la creación de un programa de radio, iniciativa aceptada y apoyada por el Instituto de los Mexicanos en el Exterior y por el Grupo Promomedios; este último ofreció las condiciones necesarias para que cada domingo una de sus radiodifusoras asociadas en el estado de Jalisco, la Estación XEBBB Radio Mujer en la frecuencia 1040 de Amplitud Modulada y vía internet transmitiera el programa de 16:00 a 17:00 horas. El día y horario resultaron inmejorables para nuestros objetivos, ya que cuando muchos migrantes descansan y se encuentran en casa, "escondidos", escuchando radio y con frecuencia consumiendo alcohol.

El Programa lo denominamos "*Entre paisanos*", frase coloquial muy utilizada entre las comunidades de migrantes de mexicanos. El programa se realiza "en vivo" y con teléfono abierto, lo que permite atender de manera inmediata la demanda de derivación o consejo Su conducción es realizada por profesionales de la salud especialistas en adicciones, psiquiatras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, todos adscritos a unidades de CIJ ubicadas en el estado de Jalisco, los cuales, basados en los resultados de las investigaciones realizadas por CIJ, transmiten mensajes de prevención, orientación y consejería. En ocasiones se invita a personas con experiencia de migración a Estados Unidos que por diversas circunstancias han regresado al país quienes comparten con los radioescuchas sus vivencias, a continuación fragmentos de Juanita, una mujer de alrededor de 50 años de edad, madre y abuela.

"....pues en mi caso tuvimos que irnos, verdad, tuve que irme junto con mi esposo, primero se fue él, después me fui yo, y..., y este... y ahí empieza un doble sufrimiento porque, pues aparte de las decadencias aquí, seguirlas sufriendo tan sólo ya en el puro trayecto... verdad, que no es nada fácil cuando uno va indocumentado. No, no es fácil pasar y este... la presión, el miedo de que lo van a uno a agarrar y... y, y pos todos los peligros a los que uno se expone al pasar, sobre todo, pues, siendo mujer. Yo, en mi caso, pues, se fue primero mi esposo, después me fui yo... y este, y..., y pues el miedo a lo desconocido... verdad, pero siempre con el ánimo del progreso..."

"Lo peor vino ya, cuando, pues, decidimos llevar a la familia... verdad, ya el trabajo, el no estar en la casa, dedicar poco tiempo hasta... el aseo de la misma casa y todo eso por, por el trabajo, después por los hijos, que, pues, ya los vimos, pues involucrados en drogas... yo trabajando, llorando. Yo trabajaba en costura... y allí, mis lágrimas rodando... de no poder hacer nada por mis hijos, de verlos en la calle... Decía ¿cómo los cuido?, ¿cómo ando con ellos...? pues no, imposible, verdad, estar uno trabajando y pos sin saber con quiénes se juntan... y

pues eso fue lo peor para mí, fue lo peor que yo pasé, pues de verlos, de verlos drogándose, drogándose y ¿cuál futuro?... ninguno... ¿cuál "sueño americano"?, ninguno, verdad... fue una pesadilla, verdad... para mí fue una verdadera pesadilla".

"*Entre paisanos*" inició el mes de agosto de 2010 y a la fecha continúa al aire. Además de escucharse por radio en los estados de Jalisco y Michoacán en México, a través de la red con otras radiodifusoras llega también a 63 ciudades de 10 estados en los Estados Unidos.

Es muy importante anotar con agradecimiento que el Grupo Promomedios ha facilitado ese espacio en medios de manera totalmente gratuita. La participación de la sociedad civil siempre ha estado presente en las acciones de CIJ, ésta es una muestra más.

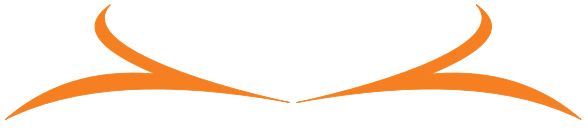
Éstos son los programas con los que CIJ ha iniciado la atención a un sector poblacional, hasta hoy en día, poco observado, el migrante y su familia. Otras propuestas de atención están ya en proceso e incluyen a otros migrantes invisibilizados, los centroamericanos en su paso de transmigrantes hacia los Estados Unidos.

REFERENCIAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Migración Internacional, Derechos Humanos y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Síntesis y conclusiones. *CEPAL*. 2006 en línea: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/24020/DGE-2303%28SES.31-11%29-Migracion-Web.pdf
2. Passel JS, Cohn D. Unauthorized Immigrant Population: National and State Trends, 2010. Pew Hispanic Center [en línea]. 2011 [fecha de acceso 15 de noviembre de 2010] URL disponible en: http://pewhispanic.org/files/reports/133.pdf
3. Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series. Census microdata for social and economic research 2008. Minnesota: University of Minnesota; 2010.
4. De la Fuente R. El ambiente y la salud mental. Salud Ment 1979; 2(1): 6-9.
5. Trigueros P, Rodríguez J. Migración y vida familiar en Michoacán. En: López G (eds.). Migración en el occidente de México. Morelia: El Colegio de Michoacán; 1988, p. 201-32.
6. Salgado de Snyder VN. Estrés psicosocial en la mujer migrante y su relación con malestar psicológico. En: Asociación Mexicana de Psicología Social (eds.). La psicología social en México III. México: AMEPSO; 1990, p. 51-5.
7. Salgado de Snyder VN. El impacto del apoyo social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de migrantes a los Estados Unidos. En: Instituto Nacional de Psiquiatría. Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría. México: INP; 1992, p. 83-9.
8. Salgado de Snyder VN, Cervantes RC, Padilla AM. Migración y Estrés postraumático: El caso de los mexicanos y centroamericanos en los Estados Unidos. Acta Psiquiat Psicol Am Lat 1990; 36(3-4): 137-45.
9. Escobar JI. Futuro de la Colaboración en investigación entre el Instituto Nacional de Psiquiatría de los Estados Unidos y el Instituto Nacional de Psi-

quiatría "Ramón de la Fuente". Salud Ment 2004; 27(3): 3-8.
10. Ortega AN, Rosenheck R, Alegria M, Desai RA. Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics. J Nerv Ment Dis 2000; 188(11): 728-35.
11. Vega WA. A Profile of crime, violence, and drug use among Mexican immigrants. Perspectives on Crime and Justice. Natl Inst Just 2001; 4: 51-68.
12. Vega WA, Sribney WM, Achara-Abrahams I. Co-Occurring alcohol, drug, and other psychiatric disorders among Mexican-Origin people in the United States. Amer J Pub Heal 2003; 93: 1057-64.
13. García ARV. Tendencias del Consumo de Drogas entre Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ entre 1990 y 1999. México: CIJ; 2000. Informe de Investigación: 00-06.
14. Gutiérrez LAD, Castillo FPI. Reporte estadístico del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ durante el año 2000. México: CIJ; 2001. Informe de Investigación: 01-01b.
15. Sánchez HR, Arellanez HJL, Pérez IV, Rodríguez KSE. Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. Salud Ment 2006; 29(1): 35-43.
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: INEGI; 2001.
17. Sánchez HR, Arellanez HJL. Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de la frontera noroccidental México-Estados Unidos. Rev Estud Front 2011; 12(23): 9-26.
18. Arellanez HJL, Sánchez HR. Migración femenina a Estados Unidos y consumo de drogas. Rev Digital Univ UNAM [en línea] 2008 [fecha de acceso 12 de julio de 2008]; 9(8):[12 p.]. URL disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.9/num8/art56/int56.htm
19. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones 2000. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. México: SSA; 2002.
20. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: SSA; 2008.
21. Sánchez HR, Pérez IV, Arellanez HJL. Mujeres michoacanas migrantes en retorno y consumo de drogas. En: Rojas Wiesner ML (ed.). Género y Migración en México, Centroamérica y el Caribe. México: El Colegio de la Frontera Sur. En prensa 2012.
22. Blos P. Psicoanálisis de la Adolescencia. México: Editorial Joaquín Mortiz; 1976.
23. Sánchez HR, Arellanez HJL. Adolescentes migrantes repatriados de Estados Unidos. Análisis de factores psicosociales de la migración y consumo de drogas con perspectiva de género. México: DIF/CIJ; 2009.
24. Kerlinger FN, Lee HB. Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. 4a. Ed. México: McGraw Hill; 2001.
25. Sommer B, Sommer R. La investigación del comportamiento. Una guía práctica con técnicas y herramientas. México: Oxford; 2001.
26. Erickson MH. Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson. En: Sidney R (compilador). Barcelona: Paidós Terapia Familiar; 1992.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY



III.
Los jóvenes Torokoyoris

Dra. Leticia Amparano*

* Comisionada contra las Adicciones del estado de Sonora.

El pueblo yaqui es uno de los ocho pueblos indígenas del estado de Sonora, asentado a lo largo de ambas márgenes del río Yaqui, en un territorio total aproximado de de 485,000 hectáreas *(Figura 1)*.

Su organización política se da a través de las autoridades tradicionales de la Tribu, las cuales encabezan y representan cada uno de sus pueblos integradas en primer lugar por el Gobernador, el Pueblo Mayor, Capitán, Comandante y Secretario *(Figura 2)*.

En la actualidad, la población alcanza aproximadamente los 40,000 habitantes, habiendo sido duramente reducidos por las guerras que libraron por su supervivencia durante más de 50 años.

El acercamiento de la sociedad mestiza (yoris) a la comunidad yaqui se intensificó con la apertura de la carretera, iniciándose así un proceso de transculturación al interior de la tribu llevando a ésta más perjuicios que beneficios; las oportunidades de trabajo y las alternativas de esparcimiento son escasas no así las oportunidades para el consumo

Figura 1. Torim.

Figura 2. Gobernador y Secretario de Lomas de Huamuchil.

de alcohol que se ha potencializado cada vez más con la apertura desmedida de expendios y establecimientos que venden alcohol como los OXXOS y aguajes, entre otros. Así se ha propiciado que el consumo de alcohol aumente en las ultimas décadas, no sólo entre los jóvenes y adultos, sino también entre sus mujeres, aumentando los riesgos en la estructura y funcionalidad familiar además de generar una mayor vulnerabilidad en los niños y jóvenes en cuanto la edad de inicio, disfuncionalidad familiar, debilitamiento de las tradiciones y alejamiento de sus propias raíces culturales *(Figura 3)*.

El joven yaqui está perdiendo uno de los factores protectores más fuertes con los que contaba: el orgullo de su raza y el apego a sus costumbres y tradiciones.

RENEGADO

Los yaquis mayores llaman al joven de ahora "torokoyori", que quiere decir renegado *(Figura 4)*.

El joven yaqui ya no quiere hablar la lengua, usar sombrero, paliacate o sandalia de tres puntos, a cambio quiere llevar gorra con aplicaciones brillosas, hablar español y emigrar a las ciudades, renegando así de sus raíces. Rosa Choqui, mujer yaqui del pueblo de Potam, comenta que su apellido significa "Estrella"; sus sobrinos ya no usan el Choqui, ellos se apellidan ahora; Estrella *(Figura 5)*.

Figura 3. Mujeres en el valle del yaqui.

Figura 4. Don Francisco "Chico" Valerio Jaime. Tío de Demetria Matus.

Figura 5. Rosa María Choqui Bacasegua.

Han cambiado el frijol con hueso por los hot dogs, los quelites por los tostitos preparados y el agua de pinole por las sodas o refrescos. Dejaron de escuchar los cuentos de sus antepasados para pasar al aula con una maestra yori que conoce poco o nada de su cultura. Pocos son los que bailan la Danza del Venado como lo hacían sus antepasados y en la tribu queda sólo un anciano que sabe interpretar la Danza del Coyote. El joven yaqui tiene celular, navega por internet y las jóvenes han dejado el traje típico por la ropa de moda *(Figura 6)*.

Dejaron de consumir sus bebidas fermentadas o destiladas en espacios y momentos específicos para pasar al consumo de cerveza, la cual les ayuda a superar su timidez y retraimiento, mejora su estado de ánimo y la posibilidad de divertirse y de integrarse a un grupo de amigos donde la mayoría consumen, ya que hay que mencionar que los jóvenes yaquis son más tímidos que los yoris. El alcohol proporciona a los jóvenes y adultos yaquis una serie de efectos que ellos consideras positivos; facilita la expresión de emociones y desinhibe y potencializa las relaciones sociales.

Figura 6. Niñas yaquis.

Dichos efectos se convierten en motivo de consumo a la vez que no creen que consumir la sustancia tenga consecuencias negativas, incrementándose considerablemente en un mayor consumo durante el fin de semana, donde las relaciones interpersonales se intensifican.

Influidos por la modernidad y la interculturalidad la vida del joven yaqui ha cambiado sustancialmente en relación con la de sus antepasados, ampliando su visión y proporcionándole a la vez una enorme libertad de acción y decisión. Lo que no evalúa el joven torokoyori es que aunado a esto viene la consiguiente pérdida de prácticas, costumbres, valores y lenguaje llevando a éste a una desubicación social y pérdida de identidad. "Al fragmentarse estos elementos se produce un profundo malestar en el joven que en múltiples ocasiones condiciona el consumo de alcohol y otras drogas como alivio y bienestar; esto refuerza una relación de dependencia y es así como el alcohol y las drogas se vuelven medicamentos de una enfermedad en la cual los primeros síntomas son la tristeza y la depresión, producto de la pérdida del sentido y la identidad cultural" El consumo de drogas cumple la función social de llenar vacios, responder a la tensión social asociando las drogas con el concepto de libertad, placer, sexo y tranquilidad *(Figura 7). (José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez, Vicente Vargas Vite. "La atención a las adicciones desde la perspectiva cultural").*

Figura 7. Iglesia y panteón en Pithaya.

Por estas razones una de las demandas más sentidas de la tribu Yaqui en Sonora ha sido poner freno al embate de las adicciones y a la problemática de salud mental producto de la modernidad que afecta cada vez más a su población.

Luego de un acuerdo con el Gobierno del Estado para llevar a cabo una serie de acciones a favor de la tribu, se diseñó un Centro capaz de atender y prevenir el problema de adicciones en la tribu; alcohol, cristal y mariguana principalmente y, al mismo tiempo, atender las necesidades de salud mental en la comunidad como son los trastornos de aprendizaje, el trastorno por déficit de atención y otros problemas de salud mental que están presentando niños y adolescentes de la etnia.

La creación de este Centro estatal está basado dos modelos nacionales: el modelo de Centros Nueva Vida y el modelo de los Centros Integrales de Salud Mental (Cisames) integrándolos en un solo establecimiento, acorde a las necesidades y la situación local para lograr una atención de mayor calidad para la tribu.

El Centro estará orientado a toda la población con prioridad por los menores y adolescentes y se aplicará un enfoque preventivo comunitario y en cuanto a la atención personal un enfoque cognitivo-conductual que se sabe ha dado buenos resultados.

La tribu Yaqui ha participado activamente en este proyecto, tanto en la fase de diseño como en el otorgamiento de terreno para su construcción. Para esto la tribu asignó un terreno de 5,000 metros, ubicado en las inmediaciones de un Albergue para Estudiantes, cerca de la localidad de Tórim, al pie de carretera *(Figura 8)*.

Se pretende que el Centro Nueva Vida de la tribu Yaqui de cobertura a sus ocho pueblos.

Está planeado que dicho Centro cuente con personal de psicología, psiquiatría, y promoción de la salud; esta última se pretende sea la piedra angular del Centro a través de promotoras de salud mental de la misma comunidad yaqui.

Previo a la operación del Centro y como parte de los preparativos y de una visión a largo plazo, se está realizando la capacitación de promotoras de salud mental con un enfoque indigenista e intercultural, con la finalidad de que sea la misma comunidad la que una vez empoderada afronte la problemática con el apoyo de su Centro especializado, ya sea para la prevención, atención directa o la referencia de usuarios a los siguientes niveles de atención y rehabilitación *(Figura 9)*.

Figura 8. Enramada en Vicam Pueblo.

Figura 9. Promotoras yaquis de visita en el Centro Nueva Vida Guaymas.

Figura 10. Antonia Norzagaray.

Figura 11. Promotoras yaquis y personal del Centro Nueva Vida.

La capacitación de promotoras inició el año pasado y se lleva a cabo en tres etapas:

1. Conocimientos Básicos Sobre Adicciones.
2. Modelo Nueva Vida Antonina Norzagaray.
3. Enfoques y Habilidades para la prevención en trabajo comunitario.

El curso recién terminó la primera de tres etapas y concluirá en este año con un plan de trabajo que tendrá su base en el Centro. Sin duda estas promotoras serán la punta de lanza para las actividades preventivas del mismo *(Figura 10)*.

De esta forma se pretende dar una respuesta sin precedentes en el estado, a una problemática de salud con serias repercusiones familiares en la etnia, conjuntando la experiencia del modelo Nueva Vida y de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, con otros elementos técnicos y culturales que aseguren mejores niveles de salud y bienestar para la Tribu Yaqui *(Figura 11)*.

Lic. Erika Patricia Castaños Celaya

Coordinadora del proyecto Atención Integral de Salud Mental del Pueblo Yaqui.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

IV.
Delincuencia femenina, abuso de sustancias y prisión

Mtra. Martha Romero*

* Investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

INTRODUCCIÓN

La prisión ha sido definida como un establecimiento punitivo, una institución total, entendiendo por ello que es una organización social creada para el castigo, en donde las actividades de los internos son dirigidas a través del preciso control del tiempo; en donde existen jerarquías marcadas y reflejadas en el uso de los espacios geográficamente delimitados; las actividades son rutinarias y vigiladas a través de la recuperación y almacenamiento de información (expedientes, registros inventarios) y en donde se contiene el poder a través del control administrativo. Además, la personas que viven en ella realiza todas sus actividades cotidianas (duerme, come, trabaja, se enamora) con las mismas personas, todos los días y todas las horas del día y en donde se generan relaciones complejas entre el personal encargado de la custodia y la persona en custodia.[1]

Las prisiones son lugares sobrepoblados, estresantes, hostiles y violentos en donde las comunidades pobres y las minorías étnicas están sobre representados. En muchos países la población penitenciaria ha aumentado entre otras razones por la pobreza, las crisis económicas, la migración, la violencia, pero, sobre todo, porque ha sido la prisión la respuesta represiva al aumento del consumo de sustancias en todo el mundo.[2-4]

Existen cerca de 9 millones de personas que viven en prisiones a nivel mundial, 2 millones pertenecen a Estados Unidos y 70,000 en Inglaterra.[5] En la actualidad solo en la Ciudad de México existen 42,037 internos en las prisiones, de los cuales 1,893 son mujeres (Dirección General de Reclusorios, 2012).

El vínculo entre el uso de drogas y la actividad criminal despliega diversos caminos: algunos delitos son definidos como delitos contra la salud (la posesión de drogas y la venta), otros están relacionados con las drogas (enriquecimiento por la venta) y en ocasiones los delitos son cometidos bajo la influencia de las sustancias. Se ha demostrado en muy diversos estudios, que el uso de alcohol y de drogas en su modalidad de dependencia, es un diagnóstico clínico comprobable con alta prevalencia en la población penitenciaria.[4,6] El consumo de drogas inyectables en las personas presas puede ser 24 veces mayor que aquellas de la población general.[7] Además las prevalencias por infecciones tales como el HIV, las enfermedades de transmisión sexual, la hepatitis B y C y la tuberculosis son más altas en estas poblaciones.

Las mujeres ubicadas en prisión han sido desde hace algunos años, el centro de interés de muy diversos profesionales tanto en el campo de la salud pública en temas como el consumo de sustancias psicoactivas como desde la perspectiva de la criminología en las áreas de los estudios de la delincuencia, el narcotráfico, el sistema penitenciario y los retos para la tan pretendida readaptación social. No obstante, los cambios en las prácticas de tratamiento y de readaptación de las mujeres encarceladas no han cambiado.

En América Latina de acuerdo con Anthony[8] las prisiones de mujeres comparten problemas relevantes tales como la violencia sexual, el hacinamiento producto del aumento de la población penitenciaria femenina, la falta de leyes y políticas adecuadas para tratar el problema de la maternidad en prisión y por supuesto la falta del enfoque de género en las políticas penales y penitenciarias.

En nuestro país son pocas las aproximaciones hechas desde la investigación médica, social, criminológica o psicológica que vinculen los temas de la delincuencia femenina y el consumo de drogas/alcohol.[9,10]

El objetivo del presente capítulo es sintetizar los resultados de una investigación realizada con mujeres ubicadas en los Centros de Readaptación Social Femeniles de la Ciudad de México cuya finalidad fue conocer el consumo de sustancias psicoactivas de la población femenina y su relación con otros problemas de salud mental y la creación de una intervención desde la perspectiva de la reducción del daño y de género.[10]

LAS FASES DEL ESTUDIO

Primera fase: La construcción del marco teórico

La investigación inició con una revisión de la literatura que permitiera conocer aquellas razones que llevan a las mujeres a delinquir revisando marcos teóricos tradicionales y después delinear cuales vertientes analíticas existían desde la perspectiva de género.[11,12] La decisión de incluir la perspectiva de género obedeció al cuestionar la muy difundida creencia que establece que las políticas de castigo son neutrales al género, es decir, que la justicia juega igual para hombres y mujeres.

Los estudios con perspectiva de género han hecho importantes contribuciones en el plano epistemológico de la criminología, en la medida en que han facilitado la redefinición de conceptos al cuestionarlos y al enriquecer los paradigmas de ésta. En la década de 1980 surgieron una serie de trabajos con perspectiva de género. El género puede definirse como el modo de proceder de acuerdo con conductas establecidas a la luz de concepciones normativas, actitudes y actividades adecuadas a la propia categoría de sexo. Las actividades de género emergen del sexo y definen la pertenencia a la categoría sexo... por lo tanto el género no es un conjunto de rasgos, ni una variable, ni un rol sino el producto del hacer social de cierto tipo, que se construye a través de la interacción. Una organización genérica es aquélla en la que el control, la identidad, el significado de las acciones, las emociones y las ventajas tienen patrones que hacen la distinción entre hombres y mujeres (masculino y femenino).

Los conceptos de sexismo y poder patriarcal son inherentes al género. Lo patriarcal y sus privilegios permanecen como parte de la cultura y, por ende, permean tanto la criminología, como los procesos criminales y de criminalización y la forma en

que hombres y mujeres se enfrentan a la ley. Existen cuatro ejes analíticos importantes para comprender el fenómeno: el poder, los controles, violencia y equidad.

El poder, de acuerdo con López-Rey,[13] es la capacidad, habilidad, energía o fuerza para hacer o no hacer, para provocar o prevenir algo que se estima beneficioso o no. Favorecen su acción elementos como la corrupción, la ideología y la insatisfacción ante determinadas circunstancias o situaciones que afectan a clases o a grupos diversos. El poder así considerado puede ser político, ideológico, económico, científico o de cualquier otra índole y controla a más de la mitad de la población: mujeres, niños y ancianos.

El poder se ejerce por medio del segundo eje, que es el control social, con dos modalidades: los controles informales (educativos-persuasivos) y los formales (represivos). Entre los informales los más significativos para las mujeres, porque resultan ser más severos y efectivos, son la reputación, el control del cuerpo, la restricción del espacio y de determinadas actividades, que permiten definirlas como mujeres buenas o malas.

Las mujeres que desobedecen, que se fugan de casa, que son sexualmente activas o que han quedado embarazadas en contra de los deseos del marido o del padre, y las madres "inadecuadas", son más vulnerables a sufrir los controles formales que ejerce el Estado a través del castigo o la etiquetación psiquiátrica. Es decir, tienen más probabilidades de ser encarceladas o segregadas, o de que se les controle formalmente.

Una forma de ejercer el control sobre las mujeres es por el miedo, sentimiento instalado en sus vidas por el ejercicio de la violencia, la que constituye el tercer eje analítico. Las mujeres que han sufrido violencia, independientemente de si ésta se dio en la niñez o en la etapa adulta, tienen mayores riesgos de padecer depresión y ansiedad, estrés, dolor y fobias. Asimismo, son más propensas al abuso de sustancias y a desarrollar conductas negativas con respecto a su salud.

El abuso físico y sexual incrementa el riesgo de que se arreste a las mujeres por actos violentos. Además, se pueden presentar mecanismos de "desviación" como huir del hogar, déficits en la habilidad cognoscitiva y el aprovechamiento, involucramiento con parejas delincuentes y fallas en el aprendizaje de las habilidades psicológicas necesarias para un desarrollo adulto exitoso.[14]

Finalmente, desde el punto de vista del análisis de género, todo aquello que en el sistema económico y social impida o retrase sistemáticamente el acceso de hombres o de mujeres a algún derecho universal, constituye una inequidad de género. Las mujeres que delinquen no sólo dejan de ejercer actividades y de disfrutar de bienes a los que tienen derecho, sino que se ven excluidas de la ma-

yoría de las posibilidades de obtenerlos, es decir, viven en exclusión social.

Por lo tanto, dadas las condiciones de desigualdad social que prevalecen para la mujer que delinque, si el sistema de impartición de justicia no la toma en cuenta, terminará por imponerse una justicia parcial. Mientras se apliquen sanciones análogas a condiciones que no son iguales, lo que se va a producir es una situación de desigualdad real y profunda.

El otro eje en el que se basó la investigación fue el enfoque de reducción del daño, que surge de la salud pública y la antropología que trata temas relacionados con el consumo de drogas y tiene como prioridad reducir las consecuencias negativas del uso de drogas, en lugar de eliminar su uso o enfocarse sobre la abstinencia. Ha emergido como un enfoque alternativo a la política orientada hacia la abstinencia. Sus estrategias se restringen a colocar la prioridad en reducir las consecuencias negativas del uso de drogas en el individuo, la comunidad y la sociedad, aunque el usuario continúe con el uso, por lo menos en el momento de la intervención.

De acuerdo con Riley, et al.,[15] existen cinco características principales de la reducción del daño.

- *Pragmatismo:* La reducción del daño acepta que el uso de sustancias psicoactivas es una conducta presente en todas las culturas.
- *Valores humanistas:* La decisión de los usuarios de utilizar drogas se acepta como un hecho.
- *Se enfoca sobre el perjucio/daño:* El grado en que una persona use drogas es menos importante que el riesgo que corre por usarlas. El daño que se produce puede relacionarse con factores de salud, sociales o económicos y muchos otros que afectan al individuo, la comunidad o la sociedad.
- *Costo y beneficio:* Se realizan algunos procesos prácticos para identificar, medir y evaluar la importancia relativa de los problemas relacionados con la droga, los daños relacionados con ésta y el costo beneficio de la intervención, con el fin de enfocarse en los recursos sobre el tema. El marco del análisis va más allá de los intereses inmediatos de los usuarios para ocuparse más ampliamente de los intereses de la comunidad y de la sociedad.
- *Prioridad de las metas inmediatas:* Casi todos los programas para reducir el daño construyen una jerarquía de las metas y se enfocan de inmediato a reunir a individuos, grupos de población blanco y comunidades para que expresen sus necesidades más urgentes. Conseguir las metas más inmediatas y realistas se considera como el primer paso para lograr el uso sin riesgo o de ser posible, la abstinencia.

Segunda fase: La sensibilización del personal penitenciario

A fin de vencer la resistencia del personal encargado del cuidado de las mujeres en prisión y como resultado de un acuerdo de colaboración se deci-

dió sensibilizar al personal técnico penitenciario y directoras de las prisiones sobre los temas de género y adicciones tales como: el déficit de atención, la explotación laboral infantil, la depresión en mujeres, el maltrato de la mujer por su pareja íntima, la sexualidad en prisión, el abuso sexual, el abuso de sustancias y la reducción del daño por ser esta la estrategia utilizada en el estudio. De este curso se derivó un libro que se dejó como recurso para posteriores capacitaciones.[16]

Tercera fase: El diagnóstico

La investigación se realizó en dos Centros de Readaptación Social Femenil ubicados en la Ciudad de México a lo largo de siete años.

Para lograr el diagnóstico de la problemática de la población se entrevistaron a 213 mujeres con la finalidad de obtener el consumo de sustancias adictivas a lo largo de la vida y dentro de las prisiones además de problemas asociados entre ellos: familia, educación, vida en calle, maltrato familiar, maltrato en la relación de pareja, depresión, angustia, violencia física, emocional y sexual; estrés postraumático, salud reproductiva, ambientes en prisión, violencia delictiva y estado de salud física en general.

La investigación se llevó a cabo por un equipo multidisciplinario formado por los investigadores y psicólogos Eva Rodríguez, Ana Durand, Gabriela Saldívar, Jorge Galván, por el psiquiatra Eduardo Colmenares y la antropóloga Martha Romero, quienes entrevistaron a las mujeres cumpliendo todas las consideraciones éticas: consentimiento informado, anonimato, autonomía. La investigación excluyó a personas con trastornos psiquiátricos severos y a personas de origen indígena por considerar que estos grupos de mujeres requieren un tratamiento especial.

• Resultados del diagnóstico

Existen un gran número de elementos que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres en prisión. La *figura 1* resume algunos de los elementos encontrados en esta investigación y a continuación se detallan los hallazgos si no los únicos si los más relevantes.

La edad promedio de la población entrevistada fue de 30.6 ± 7.9 años; 45.5% pertenecía al grupo de edad de entre 28 y 40 años; la escolaridad reportada con mayor frecuencia fue la primaria, con 41.3%, seguida por la secundaria. Las mujeres solteras representaban 48.6% de la población y 50.2% refirió tener, al momento de la entrevista, una relación de pareja. El 85.9% reportó tener hijos, 14% haber vivido en casa de asistencia, 58% mencionó haber huido de casa siendo menor de edad, 40% vivió en la calle previamente al ingreso a prisión y sólo 43.2% tiene asesoría jurídica en la prisión.

• El consumo de alcohol y drogas

Los delitos que motivaron el ingreso a prisión del grupo de mujeres investigado se pueden ver en la *figura 2*.

En esta investigación las mujeres reportaron que el alcohol fue consumido el día en que se cometió el crimen por su detención (9%), algunas otras

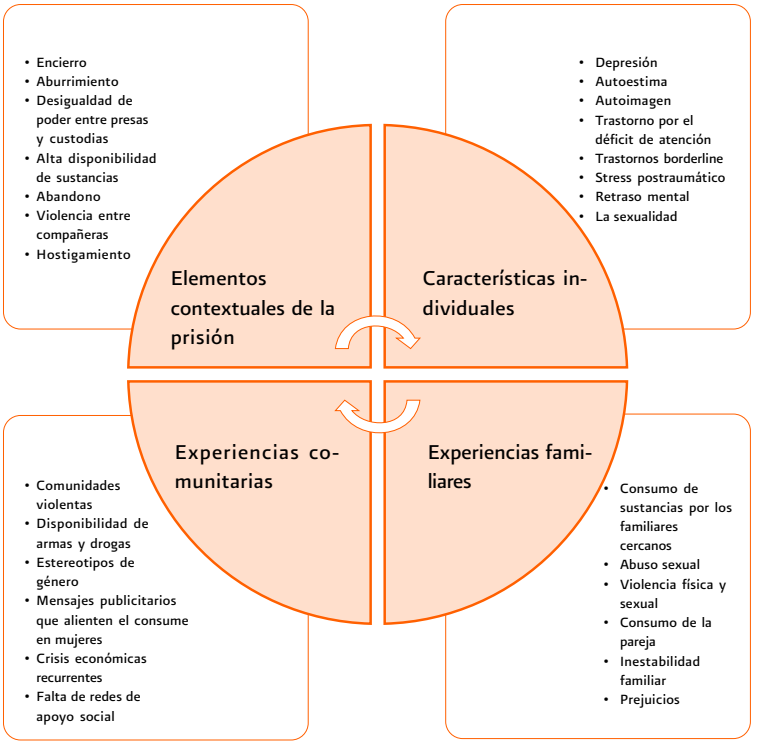


Figura 1. Elementos que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en prisión.

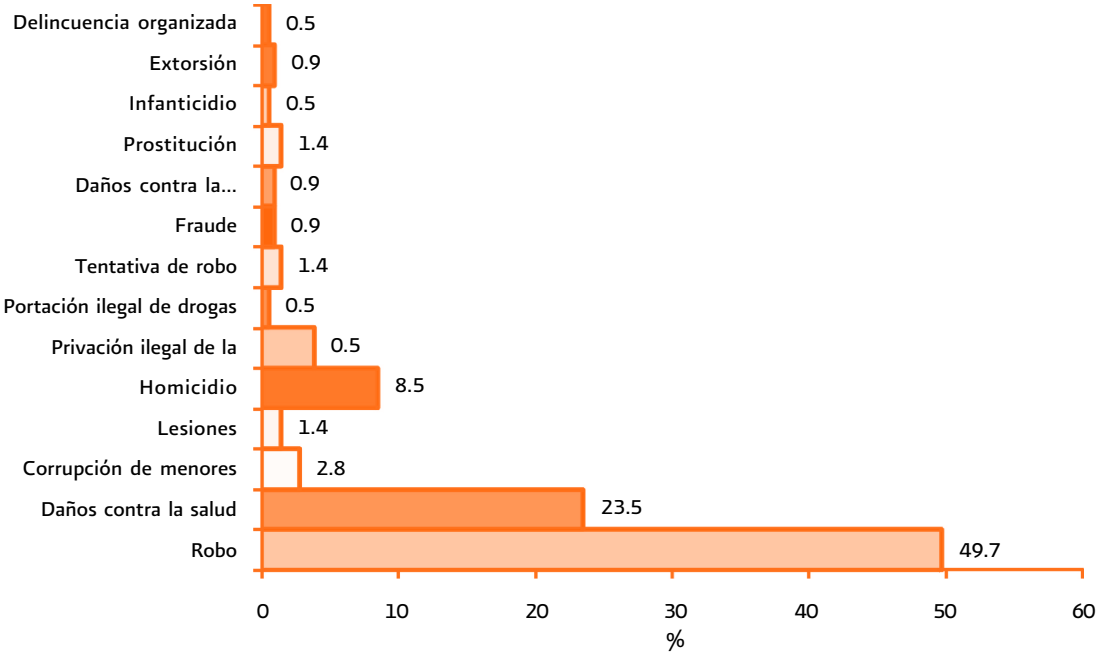


Figura 2. Delito que ocasionó el ingreso a prisión.

con otro consumo además del alcohol, llegando a no saber si eran culpables o inocentes por estar inconscientes por el consumo (2.9%). Se detectó que la mayoría de la población ha consumido alcohol alguna vez en su vida (91.5%). A través de este estudio confirmamos la baja disponibilidad de alcohol en las prisiones pues en el último año 70% afirmó no haberlo consumido dentro del establecimiento.

Previo al ingreso al reclusorio, sin embargo, hubo mujeres quienes cumplieron con criterios de dependencia a la sustancia 13 mujeres (6.1%) con uno o dos criterios de dependencia, 140 mujeres (65.7%) con consumo de alcohol, pero sin criterios de dependencia, 42 (19.7%) con tres o más criterios de dependencia. Entre otros aspectos, se preguntó sobre las expectativas por el consumo de alcohol, los resultados mostraron que las mujeres sentían ser más abiertas con otras personas como la expectativa de mayor frecuencia y el no estar preocupada por lo que la gente espera o quiere de ella.

En cuanto a los problemas relacionados con el consumo, previo a su ingreso en la cárcel, los más importantes fueron los problemas familiares (14.6%), problemas físicos (13.7%) y problemas con la pareja (11.3%). Los relacionados con su salud física fueron gastritis (26.3%), desnutrición (19.7%) y problemas de presión arterial (16.9%).

De manera preocupante, 33.6% de las mujeres aceptaron haber consumido alcohol durante el embarazo. Mencionaron haber sido maltratadas físicamente por su consumo (39.2%). Casi dos tercios de la muestra al momento del estudio, tenía episodio depresivo mayor (62%). En aquellas con depresión (n = 132), la frecuencia de dependencia al alcohol fue de 23.5% (n = 31). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de dependencia al alcohol y depresión por rangos de edad, siendo más alta en el grupo de 18 a 27 años (61.3%).[17]

Romero y cols. (2007b)[18] reportaron en el último mes el consumo de sustancias nunca antes probadas como la mariguana (55.6%), anfetaminas (11.1%), tranquilizantes (11.1%) y otras drogas médicas (22.2%). El 41.4% con consumo de sustancias al momento del delito, entre las más comunes cocaína y sus combinaciones con alcohol, mariguana o solventes (27.7%); seguido por flunitrazepam (3.4%), "pastillas" (3.4%), mariguana (2.9%), alcohol (2.9%), solventes inhalables (1%) y anfetaminas (0.5%).

Como problemas asociados 74.8% mostró tres o más síntomas de dependencia, 7.6% de uno a dos síntomas y 17.6% sin síntomas. Del total de las que al momento del delito estaban bajo el efecto de sustancias, 92% calificó positivamente en tres o más indicadores de dependencia. Del total de la muestra, 8.1% reportó antecedentes de uso compartido de jeringas para administración de drogas.

• El apoyo social

El apoyo social y su relación con el bienestar físico y psicológico fueron estudiados por Galván y cols.

(2006).[19] Dentro de sus resultados más importantes estuvo el que un gran número de mujeres en prisión, no recibe visitas de sus familiares o amigos, siendo sólo un pequeño número aquellas cuyos familiares las visitan diariamente. Principalmente, refieren no recibir visita de la pareja (60%) y los hijos (46.2%) ambos en el último mes.

El 63.7% de la muestra refirió experimentar frecuentemente sentimientos de soledad en el último año, siendo sólo 10% aquellas que nunca se han sentido solas. Un número muy bajo (2.8%) cuentan con seis o más personas que les brindan la confianza para hablar, en comparación con las internas que no cuentan con ninguna persona para hacerlo (30%) y las que cuentan con una o tres personas (60%). Al relacionar la frecuencia de visitas y la presencia o ausencia de la depresión, a pesar de no ser significativo el dato, se encontró que aquellas que no recibieron visitas en el último mes presentaron más episodios depresivos (72.7%). En mujeres que no reciben visitas en el último mes se mostró una tendencia mayor a valorar de manera negativa a la salud física (43.5%), a diferencia de las que sí reciben visitas (37.9%); lo mismo se observó en la valoración a la salud mental (47.8 y 45.3%, respectivamente).

• La violencia

Rodríguez y cols. (2006)[20] publicaron resultados de violencia mencionando que de las 213 mujeres participantes, 161 mencionaron haber recibido violencia por parte de su pareja. Refirieron frecuencia de actos violentos, agrupados en tres rangos de uno a cinco eventos (29.2%), de seis a diez eventos (23.4%) y de 11 a 17 eventos (23.4%). Se reportó mayor violencia en aquellas mujeres que habían vivido en la calle.

Por otro lado, Saldívar y cols. (2006),[21] estuvieron encargados de investigar la violencia de pareja recíproca en los últimos dos años. El 75.6% (n = 161) de la muestra de trabajo refirieron haber experimentado violencia física infringida por su pareja, alguna vez en la vida. Del total de las mujeres entrevistadas, 28.6% (n = 61) refirió haber sufrido el mayor evento de agresión física por sus parejas en los últimos dos años previos a la entrevista. Se midió la severidad de estos eventos, 43.6% (n = 24) los calificó como severos, 34.6% (n = 19) como moderados y 21.8% (n = 12) como ligeros. Se indagó cómo se sentían las mujeres después del evento, calificándolo como perturbada, enojada y espantada. Como resultado, se observó que 53.6% se sintió perturbada posterior al evento calificado como severo, mientras que 66.1% utilizó el mismo término para describir su enojo y 46.4% lo utilizó para calificar su miedo.

Hubo reporte de consumo de alcohol previo o durante el evento violento, 67.3% mencionó que el agresor no había ingerido bebidas alcohólicas, 14.5% dijo que sólo el agresor había consumido, 5.5% de las entrevistadas lo habían consumido al momento del evento y 12.7% comento que ambos lo habían hecho al momento del incidente. De la misma manera, se reportó consumo de drogas antes del evento, 61.8% comentó que ninguno de los dos habían consumido, en el 16.4% sólo lo había hecho el agresor, 7.3% de las entrevistadas reportó consumo, y en 14.5% fueron ambos casos.

En 59.3% de los casos fue la pareja quien infringió la agresión. Después del evento, sólo 21.8% solicitó asistencia médica.

• La depresión

Colmenares y cols. (2007) estudiaron los episodios depresivos en las mujeres en esta investigación. La frecuencia del episodio depresivo fue de 62% en la población entrevistada (n = 132). Las mujeres de entre 18 y 27 años cuya escolaridad era menor a secundaria, solteras y con hijos menores de 18 años son quienes presentaron mayor frecuencia de depresión y consumo de sustancias.

La dependencia al alcohol con depresión fue más frecuente en las mujeres con un tiempo de estancia menor a seis meses, mientras que la dependencia a sustancias psicoactivas y la depresión fue mayor en aquellas que tenían entre uno y cuatro años de estancia en prisión. Las mujeres con más largas sentencias, de entre tres y siete años, fueron las más afectadas por ambos diagnósticos.

De las mujeres deprimidas, 43.9% reportó el antecedente de reclusiones previas. Un tercio de estas mismas mujeres reportó también dependencia al alcohol, y la mitad de ellas refirió dependencia a sustancias. Cerca de 50% de las mujeres deprimidas refirió haber solicitado ayuda para la depresión dentro de la institución penitenciaria. Sólo cerca de la quinta parte solicitó ayuda para el consumo de alcohol. En cuanto al grupo de mujeres con dependencia a sustancias, la búsqueda de ayuda fue de 88.6%.

Cuarta fase: La intervención

Como resultado de la investigación y de los hallazgos reportados en los diferentes artículos de investigación se elaboró una Manual de Capacitación para el personal técnico penitenciario titulado "Mujeres, prisión y drogas. Intervención desde la perspectiva de género y reducción del daño"[23] cuya finalidad fue proveer de herramientas para lograr una intervención con perspectiva de género y de reducción del daño, dirigida a las mujeres que consumen sustancias adictivas en prisión.

El Manual "Mujeres, prisión y drogas" posibilita evaluar a la población femenina carcelaria y brindar estrategias de intervención breves, sencillas y útiles enmarcadas en la perspectiva de reducción del daño, en cuatro temas que resultaron prioritarios:

a) El consumo de alcohol y drogas con énfasis en el embarazo, con el folleto titulado: ¿Cómo nos dañan el alcohol y las drogas a las mujeres?
b) La violencia con el folleto: Dudas y respuestas sobre la violencia.
c) La depresión con el folleto: ¿Puedo estar deprimida?
d) El consumo de crack: Bájale que la piedra no sea tu apoyo.

Dichas intervenciones fueron diseñadas para seguir la dinámica de un grupo de reflexión en donde el profesional comparte y lee con las mujeres todas y cada una de las páginas del folleto

para asegurar la cabal comprensión de la información y para brindar la intervención con experiencias compartidas por las mujeres reclusas. El material está diseñado para que la mujer se lo apropie y comparta con otras mujeres que no saben leer y escribir.

La parte final del Manual Mujeres, prisión y drogas tiene una sección dirigida al personal técnico penitenciario que promueve el autocuidado por el trabajo en prisión.

DISCUSIÓN

La exclusión social puede definirse como la escasez crónica de oportunidad y de acceso a servicios básicos de calidad, a los mercados laborales y de créditos, a condiciones física y de infraestructura adecuada y al sistema de justicia. La exclusión social es más fuerte para las personas que pertenecen a múltiples grupos marginales, entre ellos se encuentran las mujeres adictas que se encuentran en prisión.[17,18] Se han señalado[24] cinco razones principales por las que los problemas de adicciones y salud mental con frecuencia llevan o refuerzan la exclusión social:

1. El estigma y la discriminación son fenómenos severos que actúan en contra de la gente con problemas de salud mental o adicción, aún por parte de la familia y los amigos por temor a no ser entendido, por temor a la crítica y el rechazo.
2. Los profesionales de muy diversos sectores, como los del área de la salud, de asistencia social y de procuración de justicia, tienen bajas o nulas expectativas en torno a lo que puede lograrse con la población en general y con las mujeres en particular.
3. Existe una carencia de interés y responsabilidad de promover actividades idóneas para esta población y los servicios disponibles no siempre trabajan efectivamente para satisfacer las necesidades de las personas.
4. La gente carece de una red de apoyo social que le posibilite un trabajo digno.
5. Las personas excluidas pueden enfrentar barreras para insertarse a la comunidad. La educación, el deporte, el arte y las actividades recreativas con frecuencia son limitadas.

Además, las mujeres en prisión deben de enfrentar otras circunstancias que las colocan en desventaja con respecto a los hombres: la mayor longevidad, las mayores probabilidades de tener problemas de salud asociados con sus ciclos reproductivos y las altas probabilidades de reportar síntomas de malestar emocional. Así, los problemas de salud en general y de salud mental en particular, pueden crear un círculo vicioso de exclusión social que incluye el desempleo, el endeudamiento, la indigencia y el deterioro de la salud, en donde la criminalización empeora el panorama.

Por lo anterior, Carlen (2002)[25] y Medina-Mora (2007)[26] realizaron una serie de recomendaciones para las políticas públicas sobre abuso de sustancias psicoactivas en mujeres marginales. Entre ellas men-

cionó la necesidad de incluir la perspectiva de género en el estudio del abuso de sustancias psicoactivas; resaltando la doble marginalidad de este grupo de mujeres: por su condición de género y por su alta marginación. Por otro lado, sugiere que deben reforzarse los programas comunitarios dirigidos a las niñas en riesgo de salir de o abandonar sus hogares, actuar sobre los condicionantes que propician su salida a las calles, en especial la violencia doméstica y las malas prácticas de crianza.

Es importante promover la utilización del enfoque de reducción del daño en esta población porque exige una provisión de servicios que no juzga, no coacciona y reconoce que realidades tales como la pobreza, la clase, el racismo, el asilamiento social, el pasado traumático, la discriminación por género afectan la vulnerabilidades de las personas así como la capacidad de afrontar de manera efectiva los daños relacionados con el consumo de drogas.

REFERENCIAS

1. Bottoms A. Interpersonal violence and social order in prisons. In: Tonry M, Petersilia J (eds.). Prisons Chicago: The University of Chicago Press; 1999, p. 205-82.
2. Galea S, Vlahoh D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness and incarceration. Public Health Reports 2002; 117(1): 135-45.
3. Möller L, Stöver H, Jurgens R, Gatherer A, Nikogosian H. Health in prisons. A WHO guide essentials in prison health. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Lintonen PT, Vartiainen H, Aarnio J, Hakamak S, Viitannen P, Wuolijoki T, Joukamaa M. Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problems. Substance Use & Misuse 2011; 46: 440-451.
5. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet 2002; 359: 545-50.
6. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction 2006; 101: 181-91.
7. Vescio MF, Longo B, Badudiero S, Starnini G, Carbonara S, Rezza G. et al. Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: A meta-analysis. Journal of Epidemiology and Community Health 2008; 62: 305-13.
8. Anthony C. Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. Nueva Sociedad 2007; 208: 73-85.
9. Romero M. Estudio de las adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. Tesis para la obtención del grado de doctora en antropología. Instituto de Investigaciones Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM; 1998.
10. Romero M, Medina-Mora ME, Rodríguez C. Mujeres y Adicciones. 2a. Ed. México: CENADIC; 2001.
11. Romero M, Aguilera RM. ¿Por qué delinquen las mujeres? Perspectivas teóricas tradicionales. Parte I. Salud Mental 2002; 25(5): 10-22.
12. Romero M. ¿Por qué delinquen las mujeres? Vertientes analíticas desde una perspectiva de género. Parte II. Salud Mental 2003; 26(1): 32-41.
13. Lopez-Rey, 1983.
14. Widom, 2000.

15. Riley y cols. 1999.
16. Romero M. Mujeres en prisión: una mirada a la salud mental. Instituto Nacional de Psiquiatría. Dirección General de Reclusorios del Distrito Federal. Instituto Nacional de Capacitación Penitenciaria. México: Liberaddictus; 2004.
17. Romero M. Women in prison with alcohol problems: Why gender-responsive policies matter. Contemporary Drug Problems 2007; 34: 411-26.
18. Romero M, Durand A. Abuso de sustancias adictivas en mujeres marginales, aspectos metodológicos relacionados con su estudio. Género y Salud en Cifras 2007; 5(1): 3-6.
19. Galván J, Romero M, Rodríguez E, Durand A, Colmenares E, Saldívar G. La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. Salud Mental 2006; 29(3): 68-74.
20. Rodríguez E, Romero M, Durand-Smith A, Colmenares E, Saldívar G. Experiencias de violencia física ejercida por la pareja en las mujeres en reclusión. Salud Mental 2006; 29(2):59-67.
21. Saldívar G, Romero M, Rodriguez E, Durand-Smith A, Colmenares E. Perception of mutual violence in incarcerated women's intimate partner relationship in México City. International Journal of Prison Health 2006; 2(1): 35-47.
22. Colmenares E, Romero M, Rodríguez E, Durand A, Saldívar G. La doble marginalidad: niñas infractoras y consumo de sustancias psicoactivas. Género y Salud en Cifras 2007; 5(1): 7-13.
23. Romero M, Durand A. Mujeres, prisión y drogas. Intervención desde la perspectiva de género y la reducción del daño. México: Instituto Nacional de Psiquiatría, Fundación Río Arronte; 2007.
24. Social Exclusion Unit. Mental health and social exclusion. Social Exclusion Unit Report. Office of the Deputy Prime Minister. London: 2004.
25. Carlen P. Women and punishment. The struggle for justice. United Kingdom: William Publishing, United Kingdom; 2002.
26. Medina-Mora ME. Perspectivas para las políticas públicas sobre abuso de sustancias psicoactivas en mujeres marginales. Género y Salud en Cifras 2007; 5(1): 27.
27. Romero M, Rodríguez E, Durand A, Colmenares E, Saldivar G. Mujeres en prisión y abuso de sustancias adictivas. Género y Salud en Cifras 2007; 5(1): 14-20.
28. Romero M. Mujeres y prisión: una mirada a su Salud Mental. México: Liberaddictus; 2004.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

V.
Trabajo infantil y uso de sustancias

Leticia Vega,* Rafael Gutiérrez,* Abraham E. Rendón,* Eva María Rodríguez Ruiz*

* Investigadores asociados al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

PRESENTACIÓN

La conjugación de varios factores propicia la diversificación y las variaciones en la magnitud del trabajo infantil, entre los que se encuentran la pobreza, las crisis y políticas económicas y sociales neoliberales, la violencia, los patrones culturales, la permisividad social así como la falta de cobertura, calidad y cumplimiento de la obligatoriedad de la educación y la ausencia de acciones sostenidas para erradicar las peores formas de trabajo infantil, a pesar de lo establecido por las legislaciones nacionales (Constituciones Políticas, leyes específicas, etc.), y los compromisos internacionales adquiridos por los estados parte (la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio 189 de la OIT).

De todos esos determinantes destaca la pobreza por su consistente relación directa con el trabajo infantil. Un ejemplo de ello surge al comparar las tasas de trabajo infantil y de pobreza para la población de 5-17 años, por grupos de edad, para 17 países latinoamericanos, incluido México, obtenidas a partir de encuestas de hogares realizadas entre los años 1999 y 2005.[1] Al considerar conjuntamente la tasa de trabajo infantil con la pobreza vista como una situación de ingresos insuficientes, hay una clara correlación positiva, es decir, que las mayores tasas de trabajo infantil se presentan en los países con mayores niveles de pobreza y viceversa, por lo que se afirma que el trabajo infantil en América Latina está directamente asociado con la pobreza.

En el caso de México se sabe que en el 2007 había un total de 3.6 millones de niñas y niños trabajadores entre los cinco y 17 años de edad.[2] De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres[3] entre las principales razones de las niñas y niños (de menos de 14 años de edad) para trabajar están, las necesidades del hogar y, en segundo término, "aprender un oficio". Para las y los adolescentes trabajadores entre 14 y 17 años el motivo más frecuente para trabajar es "pagar su escuela y/o sus propios gastos", lo que según INMUJERES puede ser indicio de búsqueda de autonomía y una acción responsable para subsanar las posibles dificultades económicas en sus hogares. Una interpretación similar es sostenida por el Movimiento de los Niños y Niñas Trabajadores del Sur, quienes no ven el trabajo en sí como un problema, sino como un medio para superar su impotencia, fortalecer su autoestima, una oportunidad para aprender cosas y hacerse responsables e independientes.[4,5]

Todos esos NNA señalan que las condiciones bajo las cuales tienen que trabajar constituyen uno de sus principales problemas. Para los NNA menores de 14 años de edad no existe un mercado laboral reglamentado ni relaciones de trabajo debidamente normadas. Muchos de estos NNA están obligados a trabajar clandestinamente para sobrevivir y para alimentar a su familia o por lo menos para ayudar a hacerlo. Los NNA que tienen mejores contactos sociales, adquieren más posibilidades de conseguir trabajos en mejores condiciones (mejor paga, mejores horarios, mejores lugares, etc.), pero los que

no se tienen que resignar y aceptar trabajos en las peores condiciones.[4,5] De este modo muchos NNA se incorporan al trabajo en ambientes que los exponen a distintos riesgos: la disponibilidad de drogas, el abuso policial, el crimen organizado, etc.

INTRODUCCIÓN

Con el renovado interés en la erradicación del trabajo infantil, desde la década de 1980 se busca evidenciar que el trabajo de niñas, niños y adolescentes (NNA) es un factor de riesgo de consumo de drogas. Sin embargo, varias dificultades conceptuales, de medición y análisis relativizan las pruebas aportadas.

Aunque se considera que trabajar siendo menor de edad, junto con llevar más tiempo haciéndolo, incrementa la probabilidad de consumir drogas, aun y cuando el adolescente se encuentre estudiando, las evidencias todavía son vagas. Faltan datos concretos acerca de los contextos y de las ocupaciones específicas que originan, favorecen ó incluso ayudan a desalentar el consumo de sustancias, así como del tipo de consumo que ocasionan, el cual puede ser: "involuntario", "forzado" y "deliberado" (experimental, funcional, dependiente).

Existen distintos trabajos y formas de explotación de NNA en espacios públicos y privados, pero de muy pocos se sabe si favorecen o ayudan a desalentar el consumo de sustancias. Esta documentada la existencia de algunos tipos de explotación sexual comercial donde los explotadores alcoholizan o provocan la adicción en los NNA para facilitar su abuso sexual.[7] También se sabe desde hace tiempo que hay oficios como el de zapatero que exponen a los trabajadores a la inhalación involuntaria de sustancias con efectos psicotrópicos al ser usadas en la fabricación/reparación de zapatos.[8] En contraste, hay muchos trabajos que pueden ayudar a prevenir y desalentar el consumo de sustancias, siempre y cuando sean laborales organizadas por familiares adultos, responsables del cuidado y supervisión de los hijos y comprometidos con el negocio familiar, con vínculos familiares estables y redes sociales que vinculan a los niños y niñas a su comunidad y les apegan a la escuela. De hecho algunas instituciones gubernamentales mexicanas reconocieron e impulsaron durante más de medio siglo XX, el trabajo infantil como un remedio contra el alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia en ciertos sectores de la población menor de edad.[9]

ANTECEDENTES

Los estudios sobre uso de drogas en NNA trabajadores, conducidos en las décadas 1980 y 1990,[10-15] así como las encuestas de estudiantes, permiten señalar que un alto porcentaje de NNA trabajadores usuarios de sustancias se encuentra en situaciones de exclusión y marginación, en las cuales predomina el autoempleo en la economía informal, las actividades delictivas, la mendicidad, y los hábitos y las normas no aceptadas socialmente, como el consumo cotidiano de drogas. Estos estudios, si bien permiten tener una apreciación del pro-

blema y del contexto en que ocurre, tienen varias limitaciones de medición que no permiten conocer la magnitud del problema entre los NNA trabajadores mexicanos.

Con un interés en cuantificar el problema de los NNA trabajadores en diferentes ciudades del país, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han realizado dos estudios previos en 100 ciudades del país que permiten disponer de información sobre las condiciones de educación, seguridad, salud y justicia a las que se enfrentan un grupo de menores en 100 de las principales ciudades del país, cuyo común denominador es su incorporación en actividades laborales, principalmente de la economía informal, para su subsistencia o la contribución al ingreso familiar. Abarcó tanto a NNA que salen a las calles para realizar un trabajo, pero que tienen un hogar dónde vivir como a aquellos que tienen como hábitat cotidiano las calles durmiendo en terrenos baldíos, terminales de autobuses, coladeras, etc. Quedaron fuera de este estudio aquéllos que trabajaban en el ámbito privado, en áreas rurales y los menores infractores institucionalizados.

El estudio realizado en las 100 ciudades[16] señaló:

- El uso de droga de niños que viven con sus familias fue de 4.50% mientras que en niños que no viven con sus familias fue de 28% (checar dato inp).
- El uso de drogas varió considerablemente de acuerdo con la ocupación de los NNA. Fue poco frecuente que los que trabajan como "cerillos" se involucraran en el consumo de drogas; fue más frecuente entre los que se dedican a actividades menos protegidas como vendedores (6 y 2%, respectivamente) o lava parabrisas (15 y 6%) y aún más entre aquellos dedicados a la mendicidad o prostitución (24 y 13%).
- Que tanto en varones como en mujeres entre 6 y 17 años, los inhalables (3.5 y 0.9%) y la mariguana (3.4 y 0.9%) eran las drogas de preferencia. La cocaína se mantiene como la tercera droga de elección (0.7 y 0.4%), el consumo de pastillas con efectos psicotrópicos no es común en este grupo (0.7 y 0.5%).
- El consumo más elevado se observó en los NNA entre 12 y 17 años que reportaron vivir en la calle (64.9%) y entre éstos, aquellos que reportaron explotación sexual comercial (40.7%).
- Las mujeres reportaron consumir en menor frecuencia que los varones, sin embargo, llamó la atención que cuando éstas decidieron iniciar el uso de drogas, su patrón de consumo fue muy similar al de los varones.
- La probabilidad de usar drogas y de consumirlas con mayor o menor frecuencia y cantidad estaba altamente relacionada por la disponibilidad de las mismas en el entorno de trabajo.
- El desarrollo escolar inadecuado del adolescente (no asistir a la escuela o presentar déficit educativo), se asoció con un mayor número de años dedicados al trabajo, el que trabajara en un ambiente inseguro y el que cuidara menos su sa-

lud; el desarrollo escolar inadecuado facilitó también el inicio en el consumo drogas, ser detenido por la policía y el tener relaciones sexuales tempranas.[17]

Un segundo antecedente relevante es el conteo del año 2002,[18] en el cual se identificaron 94,795 niños y niñas trabajadores en las calles de 100 ciudades mexicanas. Casi la totalidad de las niñas, niños y adolescentes trabajadores urbano marginales vivían en su casa, con sus familias y una proporción marginal en la calle (1.6% de la población de 6 a 17 años). Más aún, la mayoría de las niñas y niños vivía en familias de tipo nuclear. Los resultados de la encuesta indican que:

- El 8.8% de la población infantil trabajadora aceptó haber consumido alguna sustancia, esto representa un total de 1,762 niñas, niños y adolescentes de 6 a 17 años de edad.
- Conforme aumenta la edad de las niñas y los niños, se incrementa el consumo de drogas. Es posible identificar además una edad que parece determinante: entre los 12 y 14 años. Es en este periodo de edad que se incrementa sustancialmente el consumo, particularmente en el caso de los niños, y se mantiene constante este aumento hasta llegar a los 16 y 17 años de edad, que es el grupo que tiende a consumir más drogas.
- Los factores que han llevado a las niñas y niños a consumir drogas son: la curiosidad o saber qué se siente (74.2%), la búsqueda de ser aceptado por los amigos (22%), y en un rango menor por imposición de terceros (3.8%).
- La prevalencia en el consumo es significativamente mayor en niños que en niñas; mientras 83.9% son niños, sólo 16% son niñas.
- Al preguntarles a las niñas y niños cuántos tipos de drogas han consumido, el alcohol, la mariguana y el thíner son las mencionadas en primer lugar.
- Por último, es importante señalar que mientras en la población hablante de lengua indígena se encontraron casos de consumo de drogas a partir de los ocho años, en la población que no habla ninguna lengua indígena se identificaron casos desde los seis años de edad.

Como podemos apreciar el consumo de sustancias es un fenómeno minoritario entre la población de trabajadores infantiles, casi circunscrito a la población de niñas y niños que subsisten en las peores condiciones.

A continuación se describen los resultados relativos a la más reciente evaluación del consumo de sustancias de niños, niñas y adolescentes trabajadores de distintas ciudades del país. Esta evaluación está basada en las respuestas de casi 20,000 NNA trabajadores a un cuestionario sobre trabajo infantil y consumo de sustancias. Los datos fueron obtenidos en el año 2008 por un comité interinstitucional preocupado por el trabajo infantil en los espacios públicos de distintas ciudades del país. El análisis que a continuación se expone intenta contestar a las siguientes preguntas: ¿Cómo es el entorno laboral de los NNA trabajadores? ¿Qué proporción de los NNA usan drogas? ¿Cómo se

distribuye el consumo por sexo y edad? ¿Cómo se distribuye el consumo por grupo ocupacional? ¿Cómo se distribuye el consumo por el lugar de residencia?; ¿Cuál es el papel del lugar de residencia y la escuela?; Por qué se empieza a vivir en calle? ¿Cuáles son las variables con las que se asocia el consumo? ¿Cómo es el contacto con instituciones especializadas en el tratamiento de adicciones? y cómo es el trato con la policía.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra total de niños/as adolescentes estudiados es de 19,621, y tienen entre 6 y 17 años; 24.8% comprende las edades de entre 6 y 11 años y 75.1% oscila entre los 12 y 17 años (con un promedio de edad de 13 años); 61.7% son varones y 38.3% son mujeres. La mayoría se encuentran estudiando (80.2%) y viven con familiares entre los que se incluyen figuras paternas *(Cuadro I)*. Sólo 0.4% vive en la calle *(Cuadro II)*, de los cuales 77.3% son varones y 21.3% son mujeres *(Cuadro III)*.

El 19.8% de los trabajadores infantiles no asiste a la escuela, el motivo más importante en hombres y mujeres para dejar la escuela fue el tener que trabajar –problemas económicos–, (30.7 y 30.3%, respectivamente), el segundo motivo reportado fue el que no les gustaba la escuela (18.3% hombres y 16.8% mujeres); las mujeres reportan una proporción similar para los problemas familiares (12%). Para los varones en cambio se reporta en 9.1 y 7.8% haber dejado la escuela por haber sido expulsados y reprobados respectivamente, en tanto que para las mujeres estos motivos para dejar la escuela representan 4 y 5.4%, respectivamente. El no tener documentos fue motivo para dejar la escuela en 3.5% para los varones y en 3.6% para las mujeres, *(Cuadro IV)*.

En cuanto a la distribución de los niños/as que reportaron estar en la escuela (80.2%), un número importante se concentra en los niveles básicos de estudios (4,724 personas en la primaria y 7099 en secundaria), con un déficit educativo* de aproximadamente 16%. Ejemplo de lo anterior se observa entre los que cursan la educación primaria, donde 1,502 de los 4,724 casos matriculados en educación primaria tienen una edad superior al promedio esperado para cursar esta etapa escolar (déficit de 31.7% *[Cuadro V]*).

De la muestra general, un gran porcentaje de las niñas y niños entrevistados (46.3 y 49%, respectivamente) trabajan de cinco a siete días de la semana; 14.5% de los varones y 14.4% de las mujeres llevaban dos años o más trabajando al momento de la entrevista y la edad de inicio de trabajo tanto para niñas como para niños es de 14 años *(Cuadro VI)*.

De acuerdo con su lugar de residencia, habitan 97% de las y los niños en casa; 0.2% niñas y 0.3% niños en albergue; 0.3 y 0.2% en centro de trabajo, y 0.2 y 0.5% en calle, respectivamente *(Cuadro III)*. Como se observa, la mayoría de los niños, niñas y adolescentes del Estudio residen en casa, pero tienden mayormente a desem-

* El déficit educativo se calculo al sacar la proporción de estudiantes que estudian un nivel escolar y mantienen una edad superior a la esperada para esa etapa.

Cuadro I. Respuestas de usuarios de drogas y de la población (6-17 años).

Viven con alguno de sus padres			¿En dónde vives?		
Madre	91.3%* (18,026)	8% ** (1,400)	Casa	99.1% * (19,294)	8.3% ** (1,638)
Padre	71.80% (14,162)	7.80% (1,064)	Albergue	0.30% (54)	25.9% (14)
Ambos	96.40% (13,653)	7.50% (989)	Centro de trabajo	0.30% (49)	10.2% (5)
			Calle	0.40% (75)	44% (33)
¿Cuánto de tu ingreso aportas a tu familia?			Trato de las personas con las que vive		
Todo	16.7% * (3,237)	7% ** (120)	Bien	94.5% * (18,341)	8.2% ** (1,450)
Una parte	61.00% (11,799)	63.90% (1,083)	Maltrato verbal	2.60% (516)	17.60% (89)
Nada	22.30% (4,307)	29.40% (501)	Maltrato físico	0.60% (128)	17.70% (22)
			Abuso y/o acoso sexual	0.00% (7)	42.90% (3)
			Indiferente	1.70% (342)	28.50% (96)
			Otro	0.40% (70)	25.70% (18)

* Proporción observada en la muestra total. ** Proporción observada entre los usuarios de drogas. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro II.

19,621 niños, niñas y adolescentes	
38.3% (7,524) Mujeres	61.7% (12,097) Varones
24.8% (4,892) 6-11 años	75.1% (14,819) 12-17 años
80.2% (15,980) Estudian	
0.4% (75) Viven en la calle	
21.6% (1,203) No viven con ninguno de sus padres	

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro III. Niños/niñas según lugar donde viven.

¿Dónde vives actualmente?	Mujeres # de casos	Mujeres %	Hombres # de casos	Hombres %
Casa	7,299	97.0	11,724	97.0
Albergue	17	0.2	36	0.3
Centro de trabajo	20	0.3	29	0.2
Calle	16	0.2	58	0.5
Se desconoce	172	2.3	250	2.0
Total		100.0		100.0

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro IV. Razones por las que no estudia.

	Mujeres		Hombres	
	%	# de casos	%	# de casos
Tenía que trabajar	30.3	375	30.7	684
Me reprobaron	5.4	67	7.8	173
Me expulsaron	4.0	49	9.1	202
No tenía documentos	3.6	45	3.5	77
Por problemas familiares	12.0	148	6.3	141
No me gustaba	16.8	208	18.3	408
Se me hacía aburrida	2.9	36	4.4	98
Los maestros me gritaban	0.6	7	1.0	22
No me hacían caso	0.5	6	0.3	6
Me pegaban	0.1	1	0.3	6
Se burlaban de mí	0.5	6	0.4	8
Me peleba con mis compañeros	0.8	10	1.9	43
Estaba muy lejos la escuela	2.6	32	1.5	34
Mis padres me prohibieron	1.3	16	0.9	20
Otra	18.7	231	13.7	304

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro V. Déficit educativo (por # de casos).

	Edad del niño, niña o adolescente												
Grado escolar	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Total
Maternal y preescolar	6								1				7
Primaria (no especifica grado)	1	2	1	2	1		6	9	1	5	1	1	30
Primaria 1	102	61	27	12	14	9	6	3	4	5	4	5	252
Primaria 2	12	148	116	34	17	7	8	6	3		5	2	358
Primaria 3	3	13	233	140	67	22	18	9	4	5	4	4	522
Primaria 4		4	29	240	263	89	42	22	11	2	4	4	710
Primaria 5			4	26	389	401	133	42	17	12	6	7	1,037
Primaria 6	1		2	6	32	693	739	207	72	31	22	10	1,815
Total Educación primaria	119	228	412	460	783	1,221	952	298	112	60	46	33	4,724
Secundaria (no específica grado)			1	1		7	9	12	7	9	9	55	
Secundaria 1	3			1	8	56	854	839	219	82	39	12	2,113
Secundaria 2		4	4	5	7	9	94	1,102	861	191	59	19	2,355
Secundaria 3		1	10	7	7	8	20	120	1,291	876	171	65	2,576
Total educación secundaria	3	5	15	14	22	73	975	2,070	2,383	1,156	278	105	7,099
Bachillerato (no específica grado)									2	11	12	22	47
Bachillerato 1			1		1		4	14	72	729	255	81	1,157
Bachillerato 2		1	1			1		2	2	65	155	110	337
Bachillerato 3						2		1	2	21	33	90	149
Carrera técnica									5	16	6	3	30
Total educación media superior		1	2		1	3	4	17	83	842	461	306	1,720
Universidad											2	4	6
No respuestas*	56	95	128	158	265	361	471	608	589	706	757	754	4,948
No específica grado, solo turno*	14	42	54	62	128	161	203	159	192	122	47	23	1,207
Total	198	371	611	694	1,199	1,819	2,605	3,152	3,360	2,886	1,591	1,225	19,711

Cuadro VI.

Perfil	Hombres		Mujeres	
No estudia	19.80%	(2,373)	17.70%	(1,315)
Vive con sus padres	96.10%	(8,312)	97.00%	(5,132)
Edad inicio de trabajo*	15.4% 14 años	(1,695)	14.5% 14 años	(962)
Trabaja de 5 a 7 días a la semana	49.00%	(5,917)	43.3%	(3,487)
Come más de 3 veces al día	77.70%	(8,970)	74.30%	(5,320)
Acude al médico cuando se enferma	50.90%	(6,957)	52.60%	(38,849)
Ha sido detenido por los policías	0.24%	(30)	3.13%	(236)
Ha recibido apoyo institucional	31.30%	(163)	20.90%	(62)

* Más de dos años trabajando. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

peñar actividades económicas en vía pública. Estas actividades se agrupan en diversos oficios y aunque casi tres cuartas partes de sus actividades se concentran en ayudante general y vendedor de artículos diversos, actividades como vocero, limpiaparabrisas, artes y oficios, cargador y actividades artísticas también se reportan *(Cuadro VII)*.

Al comparar las condiciones de las niñas y niños que reportaron residir en casa, con las de aquellos/as que residen en albergue, centro de trabajo y sobre todo las/los que viven en calle, se encuentran diferencias importantes en las horas que trabajan por día, donde 22% de los primeros trabajan más de seis horas al día, en comparación de 37.3% de las y los que viven en el albergue, 47.7% de las y los que viven en el centro de trabajo, y 63% de las y los que viven en calle. En la asistencia a la escuela (81.5% los de casa, 47.2% albergue, 53.2% centro de trabajo y 8.2% de calle, estaba matriculado a la escuela *(Cuadro V)* y en la aportación a la familia, 22.1, 41.5, 32.7 y 67.6%, respectivamente, que no aportaba nada de su ingreso *(Cuadro VIII)*.

RESULTADOS

¿Cómo es el entorno de los NNA trabajadores?

Los NNA trabajan en entornos con distintos riesgos, el ambiente de niños y niñas se puede sopesar por el conocimiento de las drogas en el entorno, del trato que reciben de las personas que las rodean, del riesgo de accidentes, hostigamiento sexual, detención y maltrato por parte de la policía.

Para la mayor parte de los NNA que usan sustancias (9.2%) su trabajo es peligroso, y no obstante que la mayor proporción de la muestra total (95.2%) no percibe su trabajo como peligroso, los principales riesgos reportados, por orden de importancia fueron, atropellamiento, los accidentes, el maltrato de la gente, daño físico permanente y el abuso o acoso sexual *(Cuadro IX)*.

Se observa una gran variedad de sustancias en el entorno de los niños/as y que un gran número de ellos/as tiene de alguna manera, conocimiento de estas sustancias. Por ejemplo, el conocimiento sobre el alcohol lo reportan un total de 16,834 niños/as, del tabaco 16,597, le sucede la gasolina con 14,540 niños/as, después la mariguana con 12,325, el cemento con 12313, el thíner con 12,045, la coca con 9,537, las pastillas con 7,926, la piedra con 5,873, el éxtasis con 3,491, los hongos con 3,089, el activo con 2,312 y el bazuco 1,102 niños/as *(Cuadro X(a))*. El conocimiento de las sustancias es muy similar entre hombres y mujeres en cada una de las sustancias y en el orden de la secuencia, ligeramente por encima se muestra un mayor porcentaje en los varones a lo largo de casi todas las sustancias enlistadas. Siendo entre los 14 y 17 años el rango de edad en el que más conocimiento reportan los niños y niñas sobre las sustancias en el entorno. Desde la edad de 6 y 9 años ya se comienza a perfilar el conocimiento de las

Cuadro VII. ¿Dónde vives actualmente?.

Actividad económica	Casa		Albergue		Centro de trabajo		Calle		Total	
	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#
Actividades agrícolas	0.0	7							0.0	7
Actividades artísticas	1.2	233			4.1	2	9.3	7	1.2	242
Actividades domésticas	0.4	83	1.9	1			1.3	1	0.4	85
Artes y oficios	1.9	370	3.7	2	24.5	12	5.3	4	2.0	388
Ayudante general	45.1	8,707	25.9	14	10.2	5	8.0	6	44.8	8,732
Bolero	0.5	89	1.9	1			1.3	1	0.5	91
Cargador	1.2	237	5.6	3	6.1	3	2.7	2	1.3	245
Charoleo	1.0	185	3.7	2			4.0	3	1.0	190
Chofer/bici/mototaxi	0.1	17							0.1	17
Cuida coches	0.3	57							0.3	57
Guía de turistas	0.0	4							0.0	4
Lavacoches	1.0	187	1.9	1	4.1	2	1.3	1	1.0	191
Limpiaparabrisas	2.2	434	3.7	2	2.0	1	18.7	14	2.3	451
Mendigo	1.3	249	9.3	5	2.0	1	10.7	8	1.4	263
Mesero	0.2	31							0.2	31
No se especifica	10.1	1,943	7.4	4	6.1	3	9.3	7	10.1	1,957
Peores formas de trabajo infantil	0.0	1							0.0	1
Pepenador	1.4	274	1.9	1			5.3	4	1.4	279
Vendedor de artículos diversos	29.6	5,709	31.5	17	40.8	20	20.0	15	29.6	5,761
Voceador	2.2	430	1.9	1			2.7	2	2.2	433
Volantero	0.2	47							0.2	47
Total	100	19,294	100	54	100	49	100	75	100	19,472

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro VIII. Actualmente, ¿Vas a la escuela?

	Casa % (# de casos)	Albergue % (# de casos)	Centro de trabajo % (# de casos)	Calle % (# de casos)	Total % (# de casos)
Sí	81.5 (15,579)	47.2 (25)	53.2 (25)	8.2 (6)	81.1 (15,635)
No	18.5 (3,537)	52.8 (28)	46.8 (22)	91.8 (67)	18.9 (3,654)
Total	100 (19,116)	100 (53)	100 (47)	100 (73)	100 (19,289)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

sustancias, que incrementa su frecuencia conforme avanza la edad (*Cuadro X(b)*).

De los NNA entrevistados/as que reportaron consumo de sustancias (1,806 casos) un porcentaje importante de ellos, 81.3% de entre 12 y 17 años de edad reportaron iniciarse en el consumo por curiosidad, 11.3% para ser aceptados por sus amigos, en tanto que 2.6% reportaron iniciarse en el consumo porque les obligaron. Esta tendencia se reproduce de igual forma tanto para varones como para mujeres (*Cuadro XI* y *Figura 1*). La principal causa que reportan las y los usuarios de sustancias adictivas que viven en casa para utilizar alguna droga se encuentra la presión de los amigos; en el caso de las personas que viven en la calle la falta de alimento y los sentimientos de tristeza y soledad son las principales causas (*Cuadro XII*).

Los principales usuarios de sustancias son las y los niños que viven en la calle y puesto que 44% de estas personas, respectivamente, utilizan alguna sustancia; en comparación de 8.3% de las personas que utilizan alguna droga y viven en casa (*Cuadro XIII*).

En general se puede hablar que todas las niñas y niños que participaron en el estudio tienen conocimiento de, por lo menos, una sustancia adictiva; siendo el alcohol y el tabaco –drogas denominadas legales– las sustancias más conocidas. Entre las sustancias adictivas, denominadas no legales, la mariguana, la cocaína y los inhalables (*Cuadro X(b)*).

De la muestra total solo 2.60% reportó recibir maltrato verbal de las personas con las que vivía y

Cuadro IX. Respuestas de usuarios de drogas y de la población (6 a 17 años)*

Número de veces que come al día			Tu trabajo es peligroso		
Una vez	1.9%* (363)	20.3%** (71)	Sí	4.8% (899)	8.1%** (137)
Dos veces	21.7% (4,113)	10.8% (430)	No	95.2% (18018)	4.4% (738)
Tres veces	76.4% (14,498)	8.4% (1,187)			
¿Te enfermaste el mes pasado?			Principal riesgo		
Sí	57.6%* (11,377)	59.5%** (1,054)	Daño físico permanente	6.1% * (1,101)	9.0% ** (142)
No	42.4% (8,360)	40.6% (699)	Atropellamiento	28.2% (5,048)	26.9% (423)
			Abuso o acoso sexual	3.0% (543)	4.3% (68)
			Maltrato de la gente	27.1% (4,848)	24.9% (391)
			Accidente	25.5% (4,576)	25.3% (397)
			Intoxicación	1.7% (310)	2.5% (39)

Cuando te enfermas ¿quién te cura?		
Por sí solo	5.9% * (1,154)	25.6% ** (289)
Familiares o amigos	4.2% (830)	12.0% (96)
Madre o padre	36.7% (7,184)	8.8% (612)
Doctor	51.6% (10,090)	7.0% (683)
Boticario o farmacéutico	1.5% (295)	8.9% (25)

* Proporción observada en la muestra total. ** Proporción observada entre los usuarios de drogas. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro X(a).

Conocimiento de sustancias psicoactivas	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)
Activo	10.4 (755)	13.3 (1,557)
Thiner	61.2 (4,430)	71.7 (8,415)
Gasolina	72.1 (5,226)	79.4 (9,314)
Pastillas	39.9 (2,890)	42.9 (5,036)
Piedra	24.6 (1,785)	34.9 (4,088)
Cemento	61.4 (4,449)	67.0 (7,864)
Hongos	13.5 (977)	18.0 (2,112)
Coca	45.7 (3,311)	53.1 (6,226)
Éxtasis	16.5 (1,198)	19.6 (2,293)
Bazuco	4.1 (298)	6.9 (804)
Marihuana	59.6 (4,315)	68.3 (8,010)
Alcohol	87.8 (6,356)	89.3 (10,478)
Tabaco	85.9 (6,224)	88.4 (10,373)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro X(b). Niñas, niños y adolescentes de 100 ciudades.

Conocimiento de sustancias psicoactivas	De 6 a 9 años		De 10 a 13 años		De 14 a 17 años	
	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)
Activo	5.8 (43)	5 (45)	7.6 (246)	9.3 (472)	14.4 (459)	18.1 (1,025)
Thiner	26.5 (197)	31.7 (284)	55.8 (1,816)	66.9 (3,385)	74.6 (2,366)	82.2 (4,666)
Gasolina	47.3 (351)	51.7 (464)	70.8 (2,303)	78.4 (3,966)	79.3 (2,517)	84.7 (4,805)
Pastillas	18.2 (135)	16.6 (149)	37.1 (1,206)	38.3 (1,939)	47.7 (1,515)	51 (2,896)
Piedra	9.4 (70)	10 (89)	21.3 (692)	28.1 (1,422)	31.6 (1,003)	44.7 (2,335)
Cemento	35.3 (262)	37.5 (335)	59.3 (1,928)	63.9 (3,236)	69.6 (2,208)	74.4 (4,220)
Hongos	5.2 (39)	5.7 (51)	10.4 (340)	13.4 (679)	18.5 (586)	24 (1,360)
Coca	17.8 (132)	18.9 (169)	42.9 (1,396)	47.9 (2,423)	54.9 (1,744)	63.2 (3,585)
Éxtasis	3.5 (26)	3.2 (29)	11.8 (383)	14 (710)	24.4 (775)	27 (1,532)
Bazuco	2.4 (18)	2.5 (22)	3.5 (115)	4.9 (246)	5.2 (164)	9.3 (525)
Marihuana	28.6 (212)	30.5 (274)	56.9 (1,849)	63.8 (3,231)	69.6 (2,207)	78.4 (4,444)
Alcohol	72.2 (536)	72 (645)	87.5 (2,843)	88.8 (4,489)	91.8 (2,913)	92.7 (5,226)
Tabaco	69 (512)	70.6 (633)	85.3 (2,775)	87.5 (4,427)	90.5 (2,873)	92.1 (5,225)

Cuadro XI.

¿Cómo te iniciaste en el consumo de droga?	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)
Por curiosidad, saber qué se sentía	82.4 (310)	81.0 (880)
Para ser aceptado como igual por los amigos	11.2 (42)	11.2 (122)
Porque me obligaron	1.9 (7)	2.7 (29)
Otra	4.5 (17)	5.1 (55)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

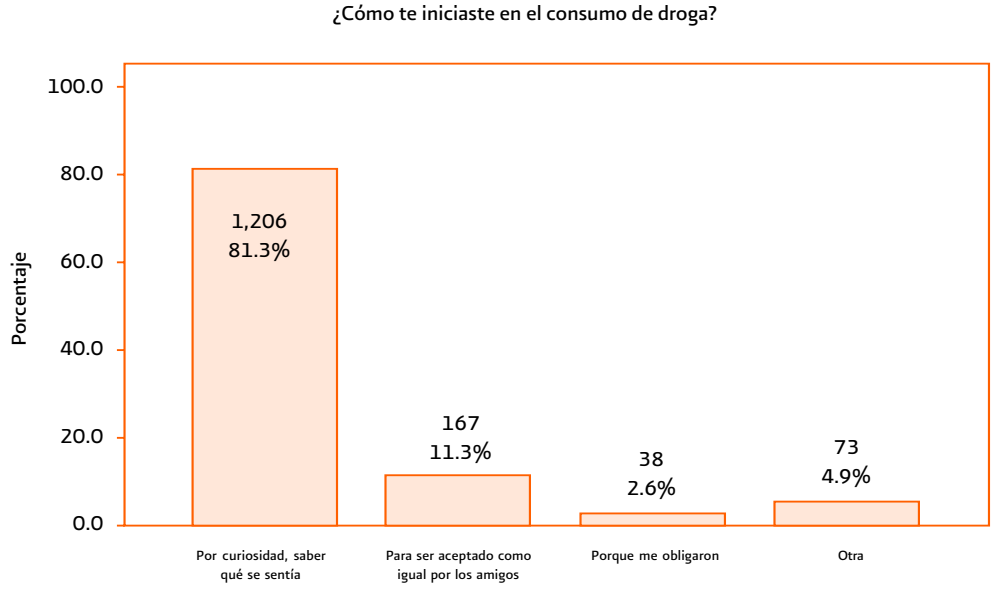


Figura 1. Razón de inicio de consumo de drogas en personas de 12 a 17 años.

1.70% un trato de forma indiferente *(Cuadro XIII)*, en comparación con los adolescentes expuestos al consumo de drogas, de los que 17.60% reportaron maltrato verbal, 17.70% maltrato físico, 42.9% abuso y/o acoso sexual y 28.50% un trato indiferente; valores altos, con respecto a los que se exhiben en la población total. De forma similar, entre este grupo se reportan porcentajes más altos de exposición a riesgos como el de recibir ofrecimientos para desnudarse, 25.5% contra 10.2% de la muestra general; aceptar el ofrecimiento 16.4 y 5.5%, respectivamente y haber sido obligados/as a tener relaciones sexuales, 7.5 y 4.1%, respectivamente *(Cuadro XIV)*.

En tanto que, de la muestra general 266 NNA admitieron haber sido detenidos por la policía. Los varones con 236 casos son quienes más han sido detenidos a diferencia de las niñas con 30 casos *(Cuadro XV)*, pero son ellas quienes reciben más abuso o acoso sexual por la policía. Las edades en las que más se concentran los casos de detención por la policía son entre los diez y diecisiete años de edad, mostrando su pico más alto entre los 14 y 17 años con 201 casos *(Cuadro XVI)*.

Aproximadamente 23.2% de hombres y 24.1% de mujeres de la muestra de personas que reportaron haber sido detenidas por la policía (265), denunciaron maltrato físico de parte de la policía al haber sido detenidos; entre los NNA que consumen drogas se observan reportes más altos, 40% para las mujeres y 38% para los hombres. Lo mismo en cuanto a haber recibido maltrato verbal por la policía, lo reportaron en 20% las mujeres y 26.2% los varones usuarios/as y 17.2 y 27% de las mujeres y hombres de la muestra general, respectivamente. Abuso y/o acoso sexual por parte de la policía fue mayormente reportado en las mujeres de la muestra general (6.9%) y tanto para ellas como para los varones, en más alto porcentaje se les pide dinero para liberarlos, 24.1 y 18.5%, respectivamente *(Cuadro XVII)*.

Para los NNA que consumen sustancias, el motivo de la detención se relacionó en 94.9% con el consumo de la droga, en 66.7% por robo, 58.3% invasión de la propiedad ajena, 50% por no entregar dinero a la policía, y en menor medida por trabajar en la calle y por riña, 30.8 y 23.9%, respectivamente *(Cuadro XVIII)*. Específicamente en las niñas usuarias de sustancias, trabajar en calle con una proporción de 37.5%, pero, sobre todo, consumo de droga con 50% son los dos motivos más potentes para ser detenidas por la policía *(Cuadro XIX)*.

Para los NNA de la muestra general, el motivo de la vagancia y el consumo de droga representan los porcentajes más altos al interior de su grupo, 18.6 y 15.4%, respectivamente, y 10.3% para trabajar en la calle, pero son porcentajes muy bajos en comparación con los del grupo de exposición a las drogas. Entre la muestra general, el motivo de "sin causa alguna" punteó en 14.2%; como se aprecia, estos factores se relacionaron con el uso de drogas y con el uso de espacios públicos *(Cuadro XVIII)*.

Cuadro XII. Motivo de consumo de sustancias psicoactivas según lugar donde vive.

Cuando has consumido drogas, ha sido porque...		¿Dónde vives actualmente? Casa # de casos	Casa %	Albergue # de casos	Albergue %	Centro de trabajo # de casos	Centro de trabajo %	Calle # de casos	Calle %
Presión de amigos	Siempre	55	94.8	1	1.7	0	0.0	2	3.4
	Algunas veces	178	92.2	0	0.0	3	1.6	12	6.2
	Pocas veces	199	95.7	1	0.5	1	0.5	7	3.4
	Nunca	862	97.8	11	1.2	0	0.0	8	0.9
Presión de familiares	Siempre	21	87.5	1	4.2	0	0.0	2	8.3
	Algunas veces	41	95.3	0	0.0	0	0.0	2	4.7
	Pocas veces	49	90.7	0	0.0	1	1.9	4	7.4
	Nunca	1,158	97.0	11	0.9	3	0.3	22	1.8
Falta de alimento	Siempre	22	73.3	0	0.0	1	3.3	7	23.3
	Algunas veces	58	81.7	0	0.0	0	0.0	13	18.3
	Pocas veces	50	87.7	2	3.5	0	0.0	5	8.8
	Nunca	1,132	98.4	9	0.8	3	0.3	6	0.5
Tristeza	Siempre	77	85.6	3	3.3	1	1.1	9	10.0
	Algunas veces	200	94.8	2	0.9	1	0.5	8	3.8
	Pocas veces	176	94.1	4	2.1	1	0.5	6	3.2
	Nunca	817	98.8	3	0.4	1	0.1	6	0.7
Soledad	Siempre	70	84.3	3	3.6	1	1.2	9	10.8
	Algunas veces	136	92.5	1	0.7	1	0.7	9	6.1
	Pocas veces	136	91.9	4	2.7	1	0.7	7	4.7
	Nunca	921	98.7	4	0.4	1	0.1	7	0.8
Temor	Siempre	30	88.2	1	2.9	0	0.0	3	8.8
	Algunas veces	64	88.9	1	1.4	1	1.4	6	8.3
	Pocas veces	90	88.2	2	2.0	2	2.0	8	7.8
	Nunca	1,078	98.1	8	0.7	1	0.1	12	1.1
Dolor físico	Siempre	22	91.7	0	0.0	0	0.0	2	8.3
	Algunas veces	56	87.5	0	0.0	1	1.6	7	10.9
	Pocas veces	59	90.8	1	1.5	0	0.0	5	7.7
	Nunca	1,125	97.5	11	1.0	3	0.3	15	1.3

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XIII.

Cuando has consumido droga, ha sido porque...		Mujeres		Hombres	
		%	#	%	#
Presión de amigos	Siempre	4.3	15	4.3	43
	Algunas veces	15.9	55	13.6	136
	Pocas veces	15.0	52	15.6	156
	Nunca	64.8	225	66.5	665
Presión de familiares	Siempre	1.7	6	1.8	18
	Algunas veces	5.2	18	2.6	25
	Pocas veces	4.4	15	4.1	40
	Nunca	88.6	304	91.5	897
Falta de alimento	Siempre	1.2	4	2.7	26
	algunas veces	5.0	17	5.4	53
	Pocas veces	3.2	11	4.7	46
	Nunca	90.6	309	87.2	849
Tristeza	Siempre	9.6	33	5.8	57
	Algunas veces	19.2	66	14.8	145
	Pocas veces	16.3	56	13.3	130
	Nunca	54.9	189	66.1	646
Soledad	Siempre	6.7	23	6.4	62
	Algunas veces	13.2	45	10.6	103
	Pocas veces	13.2	45	10.7	104
	Nunca	67.0	229	72.4	707
Temor	Siempre	4.4	15	2.2	21
	Algunas veces	3.8	13	6.1	59
	Pocas veces	9.9	34	7.0	68
	Nunca	81.9	280	84.8	824
Dolor físico	Siempre	0.9	3	2.2	21
	Algunas veces	4.1	14	5.0	49
	Pocas veces	5.6	19	4.7	46
	Nunca	89.4	305	88.1	857

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XIV. Respuestas de usuarios de drogas y de la población (6-17 años).

¿Alguna vez te ofrecieron dinero o alguna otra cosa para desnudarte?				¿Has sido obligado(a) a tener relaciones sexuales?		
Sí	10.2% * (56)	25.5% ** (37)		Sí	4.1% * (85)	7.5% ** (51)
No	89.8% (495)	74.5% (108)		No	95.9% (1,976)	92.5% (629)
				Aceptaste el ofrecimiento		
				Sí	5.5% * (27)	16.4% ** (21)
				No	94.5% (466)	83.6% (107)
¿Cómo evitas tener alguna enfermedad de transmisión sexual?						
No me cuido	12.4% * (205)	14.5% ** (94)				
Uso condón o mi pareja lo usa	76.2% (1,257)	76.9% (500)				
Lo hago sólo con mi pareja	10.9% (180)	8.5% (55)				
Otros	0.4% (7)	0.2% (1)				

* Proporción observada en la muestra total. ** Proporción observada entre los usuarios de drogas. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XV. ¿Alguna vez te ha detenido la policía?

	Mujeres (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Total % % (# de casos)
Sí	5.9 (30)	23.2 (236)	17.4 (266)
No	94.1 (482)	76.8 (782)	82.6 (1,264)
Total	100 (512)	100 (1,018)	100 (1,530)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XVI. ¿Alguna vez te ha detenido la policía?

	De 6 a 9 años % (# de casos)	De 10 a 13 años % (# de casos)	De 14 a 17 años % (# de casos)	Total % (# de casos)
Sí	3.5 (5)	9.0 (59)	27.6 (201)	17.3 (265)
No	96.5 (137)	91.0 (598)	72.4 (528)	82.7 (1,263)
Total	100 (142)	100 (657)	100 (729)	100 (1,528)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XVII. Relación con la policía durante la detención (6-17 años).

	Mujeres				Hombres				Total	
Maltrato físico	24.1% *	(7)	40% **	(4)	23.2%	(49)	38.1% **	(32)	23.3% *	(56)
Maltrato verbal	17.2%	(5)	20%	(2)	27%	(57)	26.2%	(22)	25.8%	(62)
Abuso y/o acoso sexual	6.9%	(2)			1.4%	(3)	2.4%	(2)	2.1%	(5)
Piden dinero para liberarte	24.1%	(7)	10%	(1)	18.5%	(39)	14.3%	(12)	19.2%	(46)
Preocupación por tu permanencia en la calle	13.8%	(4)	20%	(2)	10.9%	(23)	8.3%	(7)	11.3%	(27)
Otro	13.8%	(4)	10%	(1)	19%	(40)	10.7%	(9)	18.3%	(44)

* Proporción observada en la muestra total. ** Proporción observada entre los usuarios de drogas. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

¿Qué proporción de los NNA usan drogas?

La primera y segunda sustancia que los niños/as consumen, –consumo 1 y consumo 2–, se ilustra en el *cuadro XX*. El listado sobre la primera sustancia de uso, la encabeza el tabaco (36.3%), le sigue el alcohol con 34.5%, enseguida aparece la mariguana con 10.1%, el cemento, el activo y el thiner aparecen con porcentajes muy similares como primera sustancia de uso, 4, 4.2 y 5%, respectivamente. Como segunda sustancia de uso, el tabaco, el alcohol y la mariguana vuelven a encabezar la lista sobre las sustancias de consumo, haciendo aparición de relevancia el uso de la cocaína con 3.4%.

De acuerdo con el *cuadro XXI*, hay semejanzas entre sexos en las tendencias que marcan en cuanto a cuál o cuáles drogas representan para más niños/as la primera sustancia de consumo y cómo se presenta el consumo consecutivo del resto de las sustancias. Realmente entre sexos, son muy similares los porcentajes en la secuencia o jerarquía, que van indicando el lugar que ocupan las sustancias como primeras drogas en el consumo de niños y niñas y en el lugar que van ocupando las subsecuentes sustancias. La diferencia entre ambos, se observa más bien en cuanto a que, los porcentajes de las mujeres tienden a agruparse ligeramente por debajo de los porcentajes representados por los varones. También es entendible ello, dado que en la

Cuadro XVIII. Uso de drogas y relación con la policía. Razones para la detención (6-17 años).

Vagancia	18.6% *	(47)	39.1% **	(18)
Robo	4.7%	(12)	66.7%	(8)
Trabajar en calle	10.3%	(26)	30.8%	(8)
Pelea	19%	(48)	23.9%	(11)
Invadir propiedad ajena	5.1%	(13)	58.3%	(7)
Por no entregar dinero	0.8%	(2)	50%	(1)
Sin causa alguna	14.2%	(36)	5.6%	(2)
Consumo de droga	15.4%	(39)	94.9%	(37)
Otro	11.9%	(30)	13.3%	(4)

* Proporción observada en la muestra total. ** Proporción observada de usuarios de drogas detenidos por la policía. Los porcentajes pueden sumar más de 100% dado que los entrevistados pueden responder más de una opción en el reactivo. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XIX. Uso de drogas y relación con la policía. Razones para la detención (6-17 años).

	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)
Vagancia	11.5* (3)	19.5* (44)	12.5%** (1)	19.3%** (7)
Robo		5.3 (12)		9.1% (8)
Trabajar en calle	23.1 (6)	8.8 (20)	37.5% (3)	5.7% (5)
Pelea	23.1 (6)	18.6 (42)		12.5% (11)
Invadir propiedad ajena	3.8 (1)	4.9 (11)		8% (7)
Por no entregar dinero		0.9 (2)		1.1% (1)
Sin causa alguna	19.2 (5)	13.7 (31)		2.3% (2)
Consumo de droga	15.4 (4)	15.5 (35)	50% (4)	37.5% (33)
Otro	3.8 (1)	12.8 (29)		4.5% (4)

* Proporción observada en la muestra total. ** Proporción observada de usuarios de drogas detenidos por la policía. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XX. Consumo de sustancias psicoactivas.

Sustancia psicoactiva	Consumo 1 (n = 1,482)	Consumo 2 (n = 783)
Activo	4.2%	2.7%
Thiner	5.0%	5.1%
Gasolina	0.3%	0.9%
Pastilla	1.3%	1.1%
Piedra	1.2%	1.9%
Cemento	4.0%	3.7%
Hongos	0.4%	0.5%
Coca	2.2%	3.4%
Éxtasis	0.4%	0.4%
Bazuco	0.1%	0.3%
Marihuana	10.1%	12.6%
Alcohol	34.5%	33.2%
Tabaco	36.3%	34.1%

muestra que ha reportado consumo, los hombres son mayor porcentaje, con 70%, no obstante, las niñas siguen la misma trayectoria que los varones.

Con respecto a la segunda sustancia de consumo se destaca que tanto para niños y niñas nuevamente alcohol y tabaco aparecen con mayores porcentajes en los primeros sitios. No obstante el consumo de la piedra y la cocaína en las mujeres hace su aparición en cuarto lugar con 2% cada una; en el caso de los hombres el uso del thiner se encuentra en cuarto y la cocaína en quinto lugar, con 5.6 y 4%, respectivamente *(Cuadro XXI)*.

En referencia a cuántos tipos de drogas han consumido en general niños y niñas, casi 50% de niños y 50% de niñas reportaron consumir un tipo de droga; 34.8% de niñas y 27.3% de niños indicaron dos tipos de drogas; 8.8 y 10.4% reportaron tres tipos de drogas y 2.5 y 5.8% cuatro tipos de drogas, respectivamente. En adelante porcentajes mínimos de niños/as señalan consumir más tipos de drogas. Sólo en el porcentaje referido a dos tipos de drogas las niñas muestran porcentajes más altos que los varones. En la respuesta un tipo de droga, se muestran parejos niños y niñas, y en el resto de los porcentajes los hombres tienden a estar por arriba de las mujeres *(Cuadro XXII)*. Las edades importantes donde más se reportan tipos de drogas consumidos, nuevamente son entre los 14 y 17 años, aunque desde los 10 y 13 años de edad ya es importante el reporte de los niños/as, por ejemplo de 307 casos ya indican cuántos tipos de drogas han consumido, y de estos el 60.3% señalan usar un tipo de droga *(Cuadro XXIII)*.

¿Cómo se distribuye el consumo por sexo y edad?

Por otro lado, las diferencias por sexo en el consumo de alguna vez, muestra que los varones presentan un porcentaje más alto que las mujeres, 10.9 y 6%, respectivamente (ver *cuadro XXIV* consumo de alguna vez por sexo), siendo entre los 14 y 17 años las edades donde se concentran más casos de alguna vez, 10.9% para las mujeres y 17.6% para los hombres *(Cuadro XXV)*.

Con respecto a la frecuencia con que los niños y niñas consumen, se encontró como señala en el *cuadro XXVI*, que el consumo "de vez en cuando" es reportado en la mayoría de las niñas y niños que han admitido el uso de las sustancias (76.1 y 71.9%, respectivamente), siendo muy similar entre ambos sexos, aunque ligeramente mayor en las niñas. Con menor porcentaje le suceden el consumo de una a dos veces por semana con 11.3% para niñas y 12% para varones; después el consumo de más de tres veces por semana con 8% para mujeres y 5.5% para niños, mostrando a más niñas en esta categoría de consumo, y finalmente el consumo diario con los más bajos porcentajes en general, 4.6% en las niñas y 10.6 para los niños, con más predominancia de los varones en esta categoría.

Cuadro XXI. Primera y segunda sustancia psicoactiva que consumieron.

Sustancia	Mujeres		Hombres	
	Primera sustancia (n = 365)	Segunda sustancia (n = 198)	Primera sustancia (n = 1,093)	Segunda sustancia (n = 576)
Activo	3.6%	1.0%	4.5%	3.3%
Thiner	4.4%	3.5%	5.3%	5.6%
Gasolina			0.4%	1.2%
Pastilla	1.4%	1.0%	1.3%	1.2%
Piedra	1.1%	2.0%	1.3%	1.9%
Cemento	2.2%	4.0%	4.5%	3.6%
Hongos	0.3%	0.0%	0.5%	0.7%
Coca	1.4%	2.0%	2.6%	4.0%
Éxtasis		0.5%	0.5%	0.3%
Bazuco			0.2%	0.3%
Marihuana	4.9%	9.1%	11.8%	13.9%
Alcohol	43.0%	34.8%	31.6%	33.0%
Tabaco	37.8%	41.9%	35.7%	30.9%

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXII. ¿Cuántos tipos de droga has consumido?.

#	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Total % (# de casos)
1	49.2 (195)	48.8 (571)	48.9 (766)
2	34.8 (138)	27.3 (319)	29.2 (457)
3	8.8 (35)	10.4 (121)	10.0 (156)
4	2.5 (10)	5.8 (68)	5.0 (78)
5	1.0 (4)	3.4 (40)	2.8 (44)
6	0.8 (3)	2.0 (23)	1.7 (26)
7	1.3 (5)	1.0 (12)	1.1 (17)
8	0.3 (1)	0.8 (9)	0.6 (10)
9		0.1 (1)	0.1 (1)
10	0.3 (1)	0.1 (1)	0.1 (2)
11		0.1 (1)	0.1 (1)
12	0.3 (1)		0.1 (1)
13	0.3 (1)	0.2 (2)	0.2 (3)
14	0.3 (1)		0.1 (1)
16		0.1 (1)	0.1 (1)
23	0.3 (1)		0.1 (1)
Total	100 (396)	100 (1,169)	100 (1,565)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXIII. ¿Cuántos tipos de droga has consumido?.

#	De 6 a 9 años % (# de casos)	De 10 a 13 años % (# de casos)	De 14 a 17 años % (# de casos)	Total % (# de casos)
1	50.0 (11)	60.3 (185)	46.5 (578)	49.3 (774)
2	31.8 (7)	23.1 (71)	30.7 (381)	29.2 (459)
3		9.1 (28)	10.1 (125)	9.7 (153)
4	9.1 (2)	3.6 (11)	5.3 (66)	5.0 (79)
5	4.5 (1)	1.6 (5)	2.9 (36)	2.7 (42)
6		1.3 (4)	1.8 (22)	1.7 (26)
7	4.5 (1)	0.7 (2)	1.1 (14)	1.1 (17)
8		0.3 (1)	0.7 (9)	0.6 (10)
9			0.1 (1)	0.1 (1)
10			0.2 (2)	0.1 (2)
11			0.1 (1)	0.1 (1)
12			0.1 (1)	0.1 (1)
13			0.2 (3)	0.2 (3)
14			0.1 (1)	0.1 (1)
16			0.1 (1)	0.1 (1)
23			0.1 (1)	0.1 (1)
Total	100 (22)	100 (307)	100 (1,242)	100 (1,571)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXIV. ¿Alguna vez has consumido alguna droga o estimulante?

	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Total
Sí	6.0 (433)	10.9 (1,272)	1,705
No	94.0 (6,811)	89.1 (10,404)	17,215
	7,244	11,676	18,920

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXV. ¿Alguna vez has consumido alguna droga o estimulante?

	De 6 a 9 años		De 10 a 13 años		De 14 a 17 años		Total
	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	
Sí	1.5 (11)	1.6 (15)	2.2 (73)	5.1 (256)	10.9 (343)	17.6 (989)	1,687
No	98.5 (742)	98.4 (897)	97.8 (3,189)	94.9 (4,795)	89.1 (2,813)	82.4 (4,622)	17,058

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXVI. ¿Con qué frecuencia consumes drogas?

	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Total % (# de casos)
De vez en cuando	76.1 (249)	71.9 (693)	73.0 (942)
De una a dos veces a la semana	11.3 (37)	12.0 (116)	11.9 (153)
Más de tres veces a la semana	8.0 (26)	5.5 (53)	6.1 (79)
A diario	4.6 (15)	10.6 (102)	9.1 (117)
Total	100 (327)	100 (964)	100 (1,291)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Edad de inicio de consumo

En general, la edad de inicio en el consumo de sustancias se perfila con mayores porcentajes desde los doce años con 16.6% y se concentra fuertemente entre los trece y catorce años, empezando a descender hacia los quince años de edad. En el *cuadro XXVII*, los porcentajes en los trece y catorce años indican 19.5 y 22.7%, respectivamente, alcanzando todavía a los quince años un porcentaje de 15.6%. Esta tendencia se reproduce de igual manera en niños y niñas.

¿Cómo se distribuye el consumo por grupo ocupacional?

Las principales actividades económicas reportadas donde se desempeñan los niños/as encuestados, indican que actividades tales como ayudante general, vendedor de artículos diversos, limpiaparabrisas, voceador, artes y oficios, concentran en ese orden un número importante de casos, destacando ayudante general y vendedor de artículos diversos (8,707 y 5,709 casos, respecti-

Cuadro XXVII. ¿Qué edad tenías cuando consumiste droga por primera vez?

#	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Total % (# de casos)
8	1.9 (7)	1.8 (19)	1.8 (26)
9	2.5 (9)	3.2 (34)	3.0 (43)
10	4.6 (17)	6.2 (66)	5.8 (83)
11	5.7 (21)	9.1 (97)	8.3 (118)
12	14.5 (53)	17.1 (182)	16.4 (235)
13	17.5 (64)	20.0 (213)	19.4 (277)
14	27.9 (102)	20.8 (221)	22.6 (323)
15	17.5 (64)	15.1 (160)	15.7 (224)
16	6.0 (22)	4.4 (47)	4.8 (69)
17	1.9 (7)	2.3 (24)	2.2 (31)
Total	100 (366)	100 (1,063)	100 (1,429)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

vamente, 45.1 y 29.6%), donde se insertan tres cuartos de los niños/as trabajadores. Se mantiene esta tendencia de ayudante general y vendedor de artículos diversos como oficios predominantes en ese orden, tanto en los niños/as residentes en casa, como en los que habitan en albergue. En cuanto a los que residen en centro de trabajo, aunque vendedor de artículos diversos tiene la frecuencia más alta en ese grupo con 40.8% no así ayudante general que tiene 10.2% y en cambio es la actividad económica de artes y oficios quien tiene la segunda mayor frecuencia con 24.5%.

Para los niños/as que viven en calle, la distribución aunque igual a los otros grupos de residentes, en cuanto a que también presenta una alta frecuencia en el oficio de vendedor de artículos diversos con 20%, la actividad económica de ayudante general no ocupa el segundo sitio en importancia, más bien es la de limpiaparabrisas con 18.7% y le van sucediendo la de mendigo con 10.7%; la de actividades artísticas con 9.3% y hasta después aparece la de ayudante general con 8.0% y artes y oficios presenta 5.3% *(Cuadro VII)*.

Así también, de los niños y niñas que han admitido consumo de sustancias, al analizar su consumo en función del oficio que desempeñan, cada una de las actividades económicas antes señaladas *(Cuadro VII)*, presenta mayor proporción de respuestas en la frecuencia "de vez en cuando".

La proporción de respuestas al tipo de frecuencia de consumo "de una a dos veces por semana", disminuye en todas las actividades económicas señaladas, y sigue progresivamente descendiendo en general en las frecuencias de consumo "más de tres veces a la semana" y "consumo diario". Sin embargo, hay repunte de algunos oficios en la frecuencia de consumo diario, tales como cargador con 18%; charoleo con 20.7%; limpiaparabrisas con 21.3%; venta de artículos varios 8.6%: voceador con 6.9% y volantero con 42.9% *(Cuadro XXVIII)*.

¿Cómo se distribuye el consumo por el lugar de residencia?

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo con el lugar donde residen los niños y niñas, se encuentra que, de los que admiten alguna vez haber consumido alguna droga o estimulante en 96.9% de los casos se trata de menores de edad que residen en casas, en tanto que 2% vive en la calle; 0.8% en albergue y 0.3% reside en el centro de trabajo. Mientras que para los niños y niñas que no residen en la calle y que constituyen la mayoría de la población encuestada (19,023), sólo 8% reportan uso de droga alguna vez, en tanto que para los niños y niñas que habitan en la calle y que representan una pequeña proporción de la muestra total (75), el uso de droga de alguna vez se presenta en 46% de estos casos identificados como "de la calle", casi la mitad de la población que conforma este grupo. Similar a los niños/as de albergue, que de 52 casos 14 de ellos admiten el consumo poco más de 20% *(Cuadro XXIX)*.

Cuadro XXVIII. ¿Con qué frecuencia consumes drogas? Porcentaje por filas.

Actividad económica	De vez en cuando		De una a dos veces a la semana		Más de tres veces a la semana		A diario	
	%	#	%	#	%	#	%	#
Actividades artísticas	64.5	20	19.4	6	9.7	3	6.5	2
Actividades domésticas	71.4	5	14.3	1	14.3	1	0.0	0
Artes y oficios	86.2	25	6.9	2	0.0	0	6.9	2
Ayudante general	81.7	356	9.6	42	4.1	18	4.6	20
Bolero	61.5	8	15.4	2	15.4	2	7.7	1
Cargador	60.0	30	12.0	6	10.0	5	18.0	9
Charoleo	51.7	15	10.3	3	17.2	5	20.7	6
Chofer/bici/mototaxi	75.0	6	12.5	1	0.0	0	12.5	1
Cuida coches	85.7	6	14.3	1	0.0	0	0.0	0
Lavacoches	65.0	26	15.0	6	10.0	4	10.0	4
Limpiaparabrisas	53.7	58	13.9	15	11.1	12	21.3	23
Mendigo	41.7	5	16.7	2	25.0	3	16.7	2
Mesero	50.0	2	25.0	1	0.0	0	25.0	1
No se especifica	74.5	76	9.8	10	6.9	7	8.8	9
Peores formas de trabajo infantil	100.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0
Pepenador	58.3	7	25.0	3	8.3	1	8.3	1
Venta de artículos varios*	75.3	289	8.5	49	7.5	19	8.6	31
Voceador	65.5	19	24.1	7	3.4	1	6.9	2
Volantero	57.1	4	0.0	0	0.0	0	42.9	3

* Nota: En la categoría VENTA DE ARTÍCULOS VARIOS el porcentaje mostrado es el promedio de frecuencia de consumo, debido a que se agruparon varios tipos de venta. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXIX. ¿Alguna vez has consumido alguna droga o estimulante?

¿Dónde vives actualmente?	Sí		No	
	# de casos	%	# de casos	%
Casa	1,638	96.9	17,000	99.3
Albergue	14	0.8	38	0.2
Centro de trabajo	5	0.3	40	0.2
Calle	33	2.0	38	0.2
Total	1,690	100	17,116	100

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXX. ¿Con qué frecuencia consumes drogas?

¿Dónde vives actualmente?	De vez en cuando		De una a dos veces a la semana		Más de tres veces a la semana		A diario	
	# de casos	%	# de casos	%	# de casos	%	# de casos	%
Casa	917	97.8	142	92.2	76	93.8	105	92.1
Albergue	9	1.0	0	0.0	1	1.2	0	0.0
Centro de trabajo	2	0.2	1	0.6	1	1.2	0	0.0
Calle	10	1.1	11	7.1	3	3.7	9	7.9
Total	938	100	154	100	81	100	114	100

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Por el lugar donde residen los niños y niñas, la frecuencia de consumo observada *(Cuadro XXX)* entre los niños/as que residen en casa, indica que el mayor número de casos se concentran en la categoría "consumo de vez en cuando" con 917 en tanto que en el consumo diario se reportan 105 casos. Para los niños/as residentes en albergue y centro de trabajo su más alto número de casos se localiza también en consumo de vez en cuando (nueve y dos casos, respectivamente). En cambio, para los niños/as de calle la frecuencia de consumo se hace presente en las diferentes categorías de consumo. Se distribuye tanto en consumo de vez en cuando (10 casos), consumo de una a dos veces por semana con 11 casos; consumo de más de tres veces por semana con tres casos, como en consumo diario con nueve casos. Lo que se observa con claridad es que dentro de la categoría de niños/as "de calle", casi la mitad de los que en ella se ubican usan las sustancias y además un número importante de estos usuarios, la emplean diariamente, lo opuesto a lo que muestran las proporciones en niños/as residentes en casa, donde de una mucho mayor población que ha usado las sustancias, porcentajes mínimos muestran un consumo consuetudinario.

Primera y segunda sustancia psicoactiva por el lugar de residencia. En el *cuadro XXXI* se ilustran las diferentes drogas que han usado los niños/as consumidores, destacando la primera y segunda sustancia de uso, por lugar de residencia de los niños/as. Para los niños/as que residen en casa se observa que las mayores proporciones en los porcentajes como primera sustancia se localizan en el tabaco con 36.9%; en segundo sitio los porcentajes se concentran en el alcohol con 35.1% como primera sustancia; enseguida la mariguana con 10%; los inhalables (thiner, activo, cemento y gasolina) han sido consumidos por 12.6% de personas como primera sustancia. Como segunda sustancia de consumo, las primeras tres sustancias, al igual que como la primera sustancia de uso, son el tabaco, el alcohol y la mariguana, posteriormente aparece el thiner como sustancia de uso y en quinto lugar la cocaína con 4.9 y 3.2%, respectivamente. Los inhalables en su conjunto, ya sean como primera o segunda sustancia de uso, se colocan en cuarto lugar de uso *(Cuadro XXXI)*.

Contrastante es la situación de los niños/as que residen en la calle. Para ellos/as la primera sustancia de consumo la encabeza el thiner con 27.6%; el alcohol y el tabaco –drogas legales–, junto con la mariguana y el cemento –sustancias no legales– se encuentran con un mismo porcentaje de uso con 13.8%, colocándose en segundo sitio todas estas sustancias. Para las niñas y los niños "de calle" como segundas sustancias de consumo se encuentran el tabaco en primer sitio con 26.1%, seguido del cemento (17.4%), el thiner, la coca y el alcohol con el mismo porcentaje de uso (13%), siendo la gasolina y la mariguana las últimas sustancias utilizadas como segundas de uso *(Cuadro XXXI)*.

En cuanto a los motivos por los que niños y niñas consumen las sustancias, desafortunadamente las categorías propuestas por este estudio en la en-

Cuadro XXXI. Dime de las diferentes drogas que has usado, comenzando por la primera que usaste.

Sustancia psicoactiva	Orden de consumo	¿Dónde vives actualmente? Casa # de casos	Casa %	Albergue # de casos	Albergue %	Centro de trabajo # de casos	Centro de trabajo %	Calle # de casos	Calle %	Total # de casos	Total %
Activo	1	56	4.0	1	7.7			3	10.3	60	4.1
	2	19	2.6	1	16.7					20	2.6
Thiner	1	63	4.5	2	15.4	1	25	8	27.6	74	5.1
	2	36	4.9	1	16.7			3	13.0	40	5.2
Gasolina	1	4	0.3						4	0.3	
	2	5	0.7					2	8.7	7	0.9
Pastilla	1	19	1.3							19	1.3
	2	9	1.2							9	1.2
Piedra	1	16	1.1	1	7.7					17	1.2
	2	14	1.9	1	16.7					15	1.9
Cemento	1	54	3.8	1	7.7			4	13.8	59	4.1
	2	24	3.2			1	33.3	4	17.4	29	3.8
Hongos	1	6	0.4							6	0.4
	2	4	0.5							4	0.5
Coca	1	28	2.0	1	7.7	1	25	2	6.9	32	2.2
	2	24	3.2					3	13.0	27	3.5
Éxtasis	1	5	0.4	1	7.7					6	0.4
	2	3	0.4							3	0.4
Bazuco	1	2	0.1							2	0.1
	2	2	0.3							2	0.3
Marihuana	1	141	10.0	3	23.1			4	13.8	148	10.2
	2	93	12.6	2	33.3			2	8.7	97	12.6
Alcohol	1	495	35.1	2	15.4	2	50	4	13.8	503	34.6
	2	251	33.9	1	16.7			3	13.0	255	33.0
Tabaco	1	520	36.9	1	7.7			4	13.8	525	36.1
	2	256	34.6			2	66.7	6	26.1	264	34.2
Total		2,149		19		7		52			2,227

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

cuesta, no alcanzan a representar las opciones de los encuestados/as, en los motivos por los que consumen, pues sistemáticamente en cada una de las opciones presentadas, niños y niñas respondían en mayor proporción que nunca por esos motivos consumían las drogas. Los motivos que se les presentaron fueron: presión por los amigos, presión de familiares, falta de alimento, tristeza, soledad, temor y dolor físico. Sin embargo, para la población de los niños y niñas que residen en la calle, estas opciones podrían resultar significativas como motivos de consumo de sustancias, pues las respuestas proporcionadas, tienden a repartirse a lo largo de las opciones presentadas, sobre todo en las de falta de alimento, tristeza, soledad y presión de amigos. Sin embargo en las restantes opciones, también hay un número significativo de respuesta nunca, a esas opciones de motivos de consumo de la sustancia *(Cuadro XIII)*.

Sólo 674 personas que consumen alguna sustancia psicoactiva dieron respuesta del gasto que realiza para conseguir dichas sustancias. De estos, aproximadamente el desembolso que niños y niñas hacen para la compra de las sustancias, se presenta en mayor porcentaje en el rango de uno a cincuenta pesos a la semana; los niños con un porcentaje de 55.6% y las niñas con 46.73% señalaron que de lo que ganan trabajando, gastaban esa cantidad en droga. Con un porcentaje más bajo, 21.5% en las niñas y 17.7 en los varones, se indicó un gasto de ente cincuenta y cien pesos; con 9.5% en las niñas y 8.9% un gasto de entre cien y doscientos pesos; y solo 3.2% en las niñas y 7.6% en los niños un gasto de doscientos pesos o más. Aunque también un 19% de las niñas señalaron no gastar en la droga y 10.1% en el caso de los niños *(Cuadro XXXII)*.

De esta muestra se detectaron ocho casos entre los seis y nueve años; 126 casos entre los diez y trece años y 536 casos entre los catorce y diecisiete años, siendo este último el rango de edad que más casos presenta de gasto en droga *(Cuadro XXXIII)*.

¿Cuál es el papel del lugar de residencia y la escuela?

Los que estudian y no. De la muestra general se reporta que 19.8% de las y los respondientes no asisten a la escuela, sin embargo, este porcentaje aumenta considerablemente entre las personas que utilizan alguna sustancia psicotrópica, donde 40.6% de esta muestra no asiste a la escuela *(Cuadro XXXIV)*.

En cuanto a lugar de residencia y frecuencia de usuarios/as de sustancias, las proporciones observadas son las siguientes: De las niñas y niños de la muestra general que reside en casa, 8.3% son consumidores de sustancias; de las personas que habitan en el albergue, 25.9% son usuarios/as; de las personas que residen en su centro de trabajo, 10.2% son usuarios y de las personas que viven en la calle 44% consumen sustancias *(Cuadro XIII)*.

Cuadro XXXII. De lo que ganas, ¿cuánto gastas en droga a la semana?

Monto	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Total % (# de casos)
No gasta	19.6 (31)	10.1 (52)	12.4 (83)
De $1 a $50	46.2 (73)	55.6 (286)	53.4 (359)
De $51 a $100	21.5 (34)	17.7 (91)	18.6 (125)
De $101 a $200	9.5 (15)	8.9 (46)	9.1 (61)
$201 o más	3.2 (5)	7.6 (39)	6.5 (44)
Total	100 (158)	100 (514)	100 (672)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXXIII. De lo que ganas, ¿cuánto gastas en droga a la semana?

Monto	De 6 a 9 años % (# de casos)	De 10 a 13 años % (# de casos)	De 14 a 17 años % (# de casos)	Total % (# de casos)
No gasta	33.3 (4)	16.7 (21)	11.0 (59)	12.5 (84)
De $1 a $50	25.0 (3)	59.5 (75)	52.8 (283)	53.6 (361)
De $51 a $100	25.0 (3)	17.5 (22)	18.7 (100)	18.5 (125)
De $101 a $200	16.7 (2)	4.8 (6)	9.7 (52)	8.9 (60)
$201 o más		1.6 (2)	7.8 (42)	6.5 (44)
Total	100 (12)	100 (126)	100 (536)	100 (674)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXXIV. ¿Cuál es el papel de la familia y la escuela? Proporción que reportó usar drogas (6-17 años).

¿Actualmente estudias?		
Sí	80.2%* (15,980)	59.4% (1,073)**
No	18.7% (3,722	40.6% (733)
	¿En dónde vives?	
Casa	96.9%* (19,294)	8.8%** (1,638)
Albergue	0.3% (54)	25.9% (14)
Centro de trabajo	0.2% (49)	10.2% (5)
Calle	0.4% (75)	44% (33)
* Proporción observada en la muestra total. ** Proporción observada entre los usuarios de drogas.		
	¿Por qué empezaste a vivir en la calle?	
Maltrato en casa	56% * (42)	62.1% ** (18)
Abuso o acoso sexual	4% (3)	9.1% (3)
Muerte madre	5.3% (4)	6.1% (2)
Muerte padre	2.6% (2)	0%
Ahí nació	1.8% (18)	3.3% (1)
Le gusta	24% (31)	18.2% (6)
Porque no tenía familia	5.3% (4)	
Porque lo invitaron amigos	6.6% (5)	6.1% (2)

* Proporción observada en la muestra total de niños/as de calle. ** Proporción observada entre los usuarios de drogas, que viven en calle. La suma de los porcentajes puede dar más de 100% dado que los participantes respondieron más de una vez en el mismo reactivo. Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Por qué se empieza a vivir en calle. Las proporciones que se aprecian entre la muestra general de niños /as que viven en la calle (los que no consumen sustancias y los que sí), son las siguientes: entre los que no consumen, 56% aduce maltrato en casa como motivo para empezar a vivir en calle, *vs.* 62.1% reportado entre los que sí consumen; "que le gusta estar en calle" se reporta en 24 *vs.* 18.1%, respectivamente; "ahí nació" 1.8 *vs.* 8.3%, respectivamente; "por invitación de amigos" 1.8 *vs.* 3.3%; "abuso o acoso sexual como motivo para salir a la calle" 4 *vs.* 9.1%, respectivamente, y, finalmente, "la muerte de la madre" entre los primeros tiene un bajo porcentaje de 5.3%, en tanto que entre los usuarios representa 6.1% *(Cuadro XXXIV)*.

Como se observa el grupo de los niños/as que residen en calle, constituye el sector de la población de niños/as y adolescentes trabajadores más vulnerable, en sus condiciones de vida y en la probabilidad de acceder al consumo de las drogas, De hecho, es el grupo que más alta proporción de usuarios de sustancias tiene en su interior 44%, de los cuales más de la mitad consumen drogas diariamente, y como ya se señaló, 62.1% empezó a vivir en la calle por maltrato o por abuso.

Por otro lado al realizar una caracterización de los usuarios de sustancias en general (1,806) se puede observar que de éstos, 1.8% vive en la calle, siendo las principales causas el maltrato o abuso en la familia; 74.5% de esta muestra de usuarios tienen una edad que oscila de 14 a 17 años, 40.9% de ellos no asiste a la escuela y 21.8% trabaja siete días a la semana. Cerca de 26% de estos niños/as ha deseado morir y 10.9% se ha lastimado con la finalidad de quitarse la vida. Es contrastante que solo 1.5% reporta que ha recibido apoyo de alguna institución *(Cuadro XXXV)*.

Claramente, entre los niños, niñas y adolescentes trabajadores, el no acudir a la escuela, no percibir como riesgoso su trabajo; tener entre 14 y 17 años, recibir maltrato, desear morir y tratar de lastimarse para no vivir, recibir escaso apoyo de alguna institución, así como el trabajar siete días a la semana, se conjugan en factores de riesgo para el consumo de las sustancias y los riesgos asociados a este.

¿Cuáles son las variables con las que se asocia el consumo?

Como se ha hecho evidente en los análisis presentados, el no vivir en una casa es un factor de riesgo para el consumo, de igual manera, entre aquellos que han abandonado el hogar, se da más el consumo si el motivo de salida fue el maltrato o el abuso.

Es más frecuente que los NNA que usan drogas no se alimenten bien, se enfermen con más frecuencia y no tengan acceso al personal de salud. En general los usuarios de drogas perciben como menos peligroso su trabajo. Sin embargo, al preguntárseles por el tipo de riesgo, principales riesgos reportados, por orden de importancia fueron atropellamiento, accidentes, el maltrato de la gente, daño físico permanente y el abuso o acoso sexual *(Cuadro IX)*. De hecho, entre niños/as usuarios se reportan porcentajes más altos de exposición a ries-

Cuadro XXXV. Niños/as de calle ¿Quiénes son los que usan drogas?

1.8%	Vive en la calle.
1.0%	Empezó a vivir en la calle por maltrato o abuso.
1.5%	Ha recibido apoyo de alguna institución.
74.7%	Tiene entre 14 y 17 años.
40.9%	No acude a la escuela.
3.9%	Come una vez al día
1.4%	Se ha enfermado 4 veces en el último mes.
89.8%	Lo han vacunado.
16.0%	Se cura por sí solo cuando se enferma.
4.4%	Consume drogas más de 3 veces a la semana.
25.6%	Ha deseado morir.
10.9%	Ha tratado de lastimarse con la finalidad de no vivir.
21.8%	Trabaja siete días a la semana.
7.6%	Les parece peligroso su trabajo.
0.2%	Recibe abuso o acoso sexual por las personas con las que vive.

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

gos como el de recibir ofrecimientos para desnudarse, aceptar el ofrecimiento y haber sido obligados/as a tener relaciones sexuales *(Cuadro XIV)*.

En la asistencia a la escuela los/as que residen en casa son los que muestran más altas proporciones de matricula escolar (81.5% los de casa, 47.2% albergue, 53.2% centro de trabajo y 8.2% de calle *(Cuadro VIII)*, en tanto que en el porcentaje de deserción escolar, los niños/as que viven en la calle puntean más alto que el resto de los niños/as trabajadores, 7.46% *(Cuadro XXXVI)*, lo mismo que la mayor parte de su ingreso no se destina para la aportación familiar, 67.6% *(Cuadro XXXVII)*.

¿Cómo es el contacto con instituciones especializadas en el tratamiento de adicciones?

En total 617 niños/as reportaron haber dejado de consumir, los motivos por los que lo hicieron niños y niñas entre los diez y diecisiete años están por orden de importancia (de los que presentan más porcentaje a los que menos porcentaje van presentando): 1) "porque ya no me gustó", 2) "porque me hacía daño", 3) "por consejos de un familiar", 4) "otros motivos", 5) por falta de dinero, 6) "porque me alejé de mis amigos", 7) "porque me dio miedo", 8) "porque quería estudiar" y con porcentajes muy marginales (1.8% para 10 y 13 años y 0.8% para 14 y 17 años) se adujo "por ayuda de instituciones". En los niños y niñas de seis y nueve años se invierte esta tendencia y aparece primeramente con mayor porcentaje, el motivo 1)"porque me hacía daño", después 2) "porque ya no me gustó", y 3) "otros motivos", "por falta de dinero" y porque me dio miedo aparecen después con 7.1%. En este rango de edad, no se adujo en absoluto como motivo para dejar de consumir, la ayuda por parte de instituciones *(Cuadro XXXVIII)*.

De hecho al preguntar a niños y niñas si les gustaría contar con ayuda para dejar de consumir droga, de 1286 que respondieron, 769 señalaron que no y 517 contestaron que sí. Entre los 10 y 17 años es el rango de edad donde las respuestas "no" claramente rebasan a las respuestas "sí": 56.5% de "no" contra 43.5% de "sí" entre los 10 y 13 años; entre los 14 y 17 años, 60.8% de "no" *vs.* 39.2% de "sí" *(Cuadro XXXIX)*. Sólo entre los seis y nueve años las respuestas "sí" y "no" casi se equiparan, 481% no y 51.9% sí.

Entre los usuarios de drogas, escasamente existe tratamiento institucional para atender el uso de sustancias, incluso más de 50% de los respondientes señalaron que no les gustaría recibirlo.

Al comparar por sexo, se mantienen más porcentajes de respuestas "no" que respuestas "sí", tanto en hombres como en mujeres *(Cuadro XL)*.

¿Cómo es el contacto con la policía?

Pocos menores trabajadores reportan haber sido detenidos por la policía: 17.3%, en total; 5.9%

Cuadro XXXVI. Nivel de escolaridad en que dejó de estudiar.

Escolaridad	Casa % (# de casos)	Albergue % (# de casos)	Centro de trabajo % (# de casos)	Calle % (# de casos)	Total % (# de casos)
Preescolar	0.1 (14)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.3 (1)	0.1 (15)
Primaria	7.0 (1,342)	20.4 (11)	18.4 (9)	30.7 (23)	7.1 (1,385)
Secundaria	7.9 (1,523)	9.3 (5)	10.2 (5)	5.3 (4)	7.9 (1,537)
Bachillerato	1.3 (245)	7.4 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.3 (249)
Carrera técnica	0.0 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (2)
No se especifica	83.8 (16,168)	63.0 (34)	71.4 (35)	62.7 (47)	83.6 (16,284)
Total	100 (19,294)	100 (54)	100 (49)	100 (75)	100 (19,472)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXXVII. ¿Cuánto del dinero que ganas le das a tu familia?

	Casa % (# de casos)	Albergue % (# de casos)	Centro de trabajo % (# de casos)	Calle % (# de casos)	Total % (# de casos)
Todo	16.7 (3,135)	17.0 (9)	18.4 (9)	11.8 (8)	16.7 (3,161)
Una parte	61.2 (11,493)	41.5 (22)	49.0 (24)	20.6 (14)	61.0 (11,553)
Nada	22.1 (4,145)	41.5 (22)	32.7 (16)	67.6 (46)	22.3 (4,229)
Total	100 (18,773)	100 (53)	100 (49)	100 (68)	100 (18,943)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXXVIII. ¿Por qué motivo dejaste de consumir droga?

Razón	De 6 a 9 años % (# de casos)	De 10 a 13 años % (# de casos)	De 14 a 17 años % (# de casos)	Total % (# de casos)
Por falta de dinero	7.1 (1)	9.0 (10)	5.9 (29)	6.5 (40)
Porque me alejé de mis amigos		4.5 (5)	5.1 (25)	4.9 (30)
Me hacía daño	42.9 (6)	18.9 (21)	25.2 (124)	24.5 (151)
Porque quería estudiar		3.6 (4)	3.7 (18)	3.6 (22)
Por consejos de un familiar		15.3 (17)	12.0 (59)	12.3 (76)
Porque me casé	7.1 (1)	0.9 (1)	2.8 (14)	2.6 (16)
Por ayuda de instituciones		1.8 (2)	0.8 (4)	1.0 (6)
Porque me dio miedo	7.1 (1)	4.5 (5)	3.9 (19)	4.1 (25)
Porque ya no me gustó	21.4 (3)	29.7 (33)	29.5 (145)	29.3 (181)
Otro	14.3 (2)	11.7 (13)	11.2 (55)	11.3 (70)
Total	100 (14)	100 (111)	100 (492)	100 (617)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XXXIX. ¿Te gustaría contar con ayuda para dejar de consumir droga?

Razón	De 6 a 9 años % (# de casos)	De 10 a 13 años % (# de casos)	De 14 a 17 años % (# de casos)	Total % (# de casos)
Sí	51.9 (14)	43.5 (100)	39.2 (403)	40.2 (517)
No	48.1 (13)	56.5 (130)	60.8 (626)	59.8 (769)
Total	100 (27)	100 (230)	100 (1,029)	100 (1,286)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

Cuadro XL. ¿Te gustaría contar con ayuda para dejar de consumir droga?

	Mujeres % (# de casos)	Hombres % (# de casos)	Total % (# de casos)
Sí	37.3 (123)	41.1 (390)	40.1 (513)
No	62.7 (207)	58.9 (560)	59.9 (767)
Total	100 (330)	100 (950)	100 (1,280)

Encuesta de niños, niñas y adolescentes trabajadores urbano marginales, 2008.

mujeres y 23.2% varones *(Cuadro XV)*, sin embargo, el uso de drogas incrementa en forma importante el riesgo de ser detenido: 15.4% mujeres y 15.5% varones de la muestra general contra 50% mujeres y 37.5% hombres usuarios/as de sustancias *(Cuadro XIX)*.

Los varones con 236 casos son quienes más han sido detenidos a diferencia de las niñas con 30 casos *(Cuadro XV)*, pero son ellas quienes reciben más, abuso o acoso sexual por la policía. Las edades en las que más se concentran los casos de detención por la policía son entre los 14 y 17 años.

Por otro lado, el riesgo de recibir maltrato verbal y físico se incrementa en las mujeres cuando son consumidoras, 17.2 y 24.1% no consumidoras a 20 y 40% en sí consumidoras, lo mismo en los varones en el maltrato físico, 38.1 *vs.* 23.2% que no *(Cuadro XVII)*.

Para los/as menores que consumen sustancias, el motivo de la detención en general se relacionó en 94.9% con el consumo de la droga, en 66.7% por robo, 58.3% invasión de la propiedad ajena, 50% por no entregar dinero a la policía, después por trabajar en la calle y por riña, 30.8 y 23.9%, respectivamente *(Cuadro XVIII)*. Destaca que específicamente en las niñas usuarias de sustancias, trabajar en calle con una proporción de 37.5% pero, sobre todo, consumo de droga con 50% son los dos motivos más potentes para ser detenidas por la policía *(Cuadro XIX)*. Esto es, el vivir en la calle implica un riesgo importante de ser detenido, riesgo que se incrementa si además usan drogas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trabajo infantil en México tiene múltiples facetas, no se trata de un fenómeno uniforme y por lo tanto debe también de variar la respuesta, incluye desde aquél realizado en condiciones relativamente protegidas representada en este estudio por los NNA que trabajan y viven en familia, hasta los que viven y trabajan en condiciones de alto riesgo para su salud y seguridad, los NNA que han hecho a la calle su lugar de residencia.

La calle sigue siendo un factor importante que condiciona la exposición a riesgo y el daño que sufren los NNA. Así el lugar de trabajo y el grado de seguridad en el ambiente en que se desenvuelven los NNA es un determinante del problema e indica la necesidad tanto de incrementar las medidas que logren hacer más seguro el entorno, como de realizar intervenciones acordes con el nivel de riesgo en los diferentes lugares de trabajo para quienes tienen la edad legal de hacerlo.

A pesar de que en el imaginario social, las drogas se ligan necesariamente al trabajo infantil, los resultados confirman los hallazgos de estudios previos,[15,16] sólo una minoría de los menores de edad que trabajan se involucran en el uso de drogas, sin embargo, se identifican grupos especialmente vulnerables. El consumo es más frecuente entre aquellos que tienen entre 14 y 17 años de edad, han abandonado la vida en familia, trabajan en las actividades más desprotegidas y han abandonado la escuela. Son éstos los más visibles y si bien es importante reforzar los esfuerzos por atender a es-

tos NNA, deben de instrumentarse otros programas específicos dirigidos tanto a los trabajadores que contribuyen al gasto familiar y que residen en los hogares como a los que residen en albergues y en lugares de trabajo, por ejemplo, proyectos de contención escolar flexibles en cuanto a horarios, lugares de jornada escolar, con una enseñanza situada en escenarios reales de trabajo y contenidos derivados de sus competencias laborales y características económicas y culturales.

Los NNA que trabajan están en riesgo relativo de iniciar en forma temprana el uso de bebidas con alcohol y tabaco, probablemente condicionados por la disponibilidad de éstas, factor que debe de cuidarse en los programas de atención dirigidos a este sector.

Los niños, niñas y adolescentes trabajadores que viven en las calles están más expuestos a drogas y las usan más que aquellos que trabajan y viven en albergues; éstos, a su vez, consumen más que aquellos que viven en su casa.

La pobreza parece ser un condicionante impor-tante del inicio del trabajo en las calles, sin embargo, existen otros factores que inciden en el nivel de riesgo en que se realice el trabajo. La asistencia a la escuela y la vida en familia se perfilan como los dos protectores más importantes de los NNA trabajadores, enfatizando la necesidad de instrumentar programas de apoyo a las familias para que retengan a los NNA en su seno, proporcionar alternativas al NNA cuando es inviable que permanezca con ésta y reforzar las acciones del sector educativo para mejorar el desempeño educativo y evitar la deserción.

Los NNA que han usado drogas, que son de hecho los que viven y trabajan en las condiciones de más riesgo, (padecen más accidentes, maltrato de la gente, acoso/abuso sexual, detenciones y maltrato de la policía) son también los que las instituciones de protección social buscan contactar más, pero paradójicamente reciben escaso apoyo institucional de estas para atender/prevenir su adicción. Por eso mismo resalta la importancia de incluir medidas orientadas a incrementar el acceso y utilización de programas de salud y asistencia social y de desarrollar programas específicos dirigidos a atender a las niñas y mujeres adolescentes. Pues llama la atención que al menos 50% de la población usuaria de sustancias, rechaza el apoyo institucional como una opción de auxilio o apoyo para dejar las sustancias. Situación que las Instituciones de protección social deben de cuestionarse, ¿qué necesitan hacer para representar un apoyo real entre la población infantil trabajadora?

Los resultados también apoyan la estrategia de trabajo comunitario con la familia, al ser la asistencia a la escuela y la vida en familia los dos protectores más importantes de los NNA. Los resultados apoyan la necesidad de reforzar los programas comunitarios que lleva a cabo el DIF para atender a las necesidades de los NNA trabajadores y apoyan el enfoque integral que incluyen intervenciones para disminuir riesgos asociados al abuso de sustancias, educación sexual, manejo de la violencia y de la experiencia de victimización y cuidado de la salud.

REFERENCIAS

1. Sauma P. Trabajo infantil: causa y efecto de la perpetuación de la pobreza. Costa Rica Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT). 2007.
2. INEGI/STPS. Resultados del módulo de trabajo infantil 2007.
3. INMUJERES, 2008.
4. Liebel M. Infancia y trabajo. Para una mejor comprensión de los niños trabajadores en diferentes culturas y continentes. Peru IFEJANT. 2003.
5. Liebel M. Malabaristas del siglo XXI. Los niñas y niñas trabajadores frente a la globalización. Perú IFEJANT. 2006.
6. SEP DF (2007). Encuestas de consumo de drogas en estudiantes 2006. http://www2.sepdf.gob.mx/drogas_estudiantes/panorama.jsp# fecha de consulta febrero 20, 2007.
7. Gutiérrez R, Vega L, Rodríguez EM. La Explotación sexual comercial infantil. Propuesta de intervención comunitaria. DIF-UNICEF_INP; 2006.
8. Velazco, 1997.
9. Sosenski S. Un remedio contra la delincuencia: El trabajo infantil en las instituciones de encierro de la Ciudad de México durante la posrevolución. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia 2008; LX(2): 95-118. ISSN: 0210-4466.
10. Leal H, Mejía L, Gómez L, Salinas O. "Estudio Natruralístico sobre el Fenómeno del Consumo de Inhalantes en Niños de la Ciudad de México". En: Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales, Contreras. Ed. Trillas; 1977, p. 442-59.
11. Leal H, Pacheco G.
12. De la Garza F, Mendiola H, Rabago G. Psychological, familiar and social study of 32 patients using inhalants. In: Voluntary inhalation of industrial solvents. Sharp Carroll (ed.). National Ins-titute on Drug Abuse. DHEW Publication No. ADM; 1978; p. 79-779: 75-89.
13. Medina-Mora ME, Ortiz A, Caudillo C, López S. Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. Salud Mental 1982; 5(1): 77-86.
14. Gutiérrez R, Vega L, Pérez C. Características emocionales, intelectuales, morales y sociales, atribuidas a los niños que viven sin su familia en las calles. Anales, Instituto Mexicano de Psiquiatría 1993; 3: 157-63.
15. Departamento del Distrito Federal. Comisión para el Estudio de los Niños Callejeros. "Ciudad de México: Estudio de los Niños Callejeros". México: 1992 y 1996.
16. Robles F, Rodríguez E, Medina-Mora ME, Villatoro J, Ruz M, Fleiz C. Resultados definitivos. Informe ejecutivo. DIF, UNICEF, PNUFID. México: 1999. ISBN 968-826-000-2.
17. Medina-Mora ME, Villatoro J, Fleiz C. Uso indebido de sustancias. En: Estudio de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años. Trabajadores en 100 ciudades. Vol. 7. 1999, p. 369-74.
18. DIF-UNICEF, 2005.
19. Leal H, Mejia L, Gómez L, Salinas O. Naturalistic study of the phenomenon of inhalant use in a group of children in Mexico City. In: Voluntary inhalation of industrial solvents. Sharp Carroll (ed.). National Institute on Drug Abuse. DHEW Publication No. ADM 1978, p. 79-779: 95-108.
20. Medina-Mora ME, Gutiérrez R, Vega L. What Happened to Street Kids? An Analy-sis of Mexican Experience. Substance Use & Misuse 1997; 32(3): 293-316.
21. Estrategias de intervención para trabajar con inhaladores de la calle. En: Labrandero M, Cabrera J, Zapata R, Wagner F (eds.). Disolventes inhalables. (Inhalable solvents). 1988, p. 246.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

VI.
Consideraciones y alcances de la relación entre la comisión de conductas delictivas y el consumo de drogas en México

Lic. Berenice Santamaría González*

* Directora de Coordinación Operativa Comisión Nacional contra las Adicciones.

INTRODUCCIÓN

Los delitos no son meras conductas aisladas, sino que se relacionan con una serie de factores desencadenantes que son de naturaleza social y psicológica, los cuales se pueden intervenir y tratar. Lo anterior, se hace evidente en el caso particular de los delitos que son cometidos por personas que presentan consumo problemático de estupefacientes y/o psicotrópicos.

En la sociedad actual prevalece la percepción de que existe una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. Numerosos estudios en el nivel mundial demuestran la relación existente entre el consumo problemático de drogas y la delincuencia. Sin embargo, se debe ser cuidadoso al establecer una relación causal entre ambos fenómenos, ya que existen diversas variables desencadenantes comunes involucradas, como la pobreza y la exclusión social. No obstante, aún no se ha podido establecer qué tipo de relación existe entre ambas conductas, ni llegar a establecer con claridad de qué manera el consumo de estupefacientes o psicotrópicos puede influir en la comisión de una conducta delictiva; lo que sí es claro, es que la relación entre éstas responde a una serie de actores, muchas veces concurrentes y correlacionados, sin una relación causal determinada.

ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LA RELACIÓN DELITO-DROGA

Comúnmente se tiende a generar en la sociedad una visión homogénea del delito y del delincuente, que no permite entender el fenómeno como lo que es: una realidad amplia y variada, con diferentes causas, efectos y con soluciones diversas.

En suma, es un problema heterogéneo que requiere de un sistema que entregue respuestas penales tan diversas como él mismo. Generarlas, implica elaborar políticas públicas en materia penal que, haciéndose cargo de dicha realidad, sean dirigidas especialmente a un sector determinado, como es aquel que presenta adicción a sustancias.

Para la definición de estas políticas públicas, resulta necesario identificar y definir la problemática sobre la que se planearan las estrategias de esa política, con sus componentes, así como sus probables causas y consecuencias que se derivan de ellos. En este contexto, diversos estudios y meta análisis a nivel internacional han demostrado que existe una relación causal entre el consumo de estupefacientes y la comisión de conductas ilícitas, originada por diversas variables involucrada.

La teoría de vinculación más directa entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos, es la

presentada por Arnold P. Goldstein, que refiere tres niveles de interacción:[1] Psicofarmacológica, Económico-compulsiva y sistémica.

Vinculación psicofarmacológica

Se relaciona con los efectos que provoca el consumo de sustancias, mismos que se mantienen a través del tiempo, en el organismo; como la intoxicación, el síndrome de abstinencia y el daño neurotóxico. Especialmente, el consumo prolongado de sustancias como la cocaína y la pasta base o crack, estaría relacionado con el aumento de las conductas violentas, al desencadenar efectos psicológicos como la agitación psicomotora, la búsqueda de sensaciones, el aumento del estado de alerta, la inhibición de los mecanismos de ansiedad frente a la agresión, el incremento de las respuestas defensivas, la alteración del pensamiento y la capacidad reflexiva, entre otras.

Los estudios a nivel mundial que han estimado uso de drogas al momento de cometer algún delito, han encontrado recurrentemente relaciones psicofarmacológicas muy altas: los detenidos que recientemente han sido asegurados, sus cifras con exámenes biológicos suelen oscilar en torno a 2/3.

Respecto de la relación delito-droga está bien documentado que los estupefacientes y sustancias psicotrópicas intervienen mucho más en delitos patrimoniales (incluyendo robo con violencia), mientras que en delitos violentos (homicidios y violación) el alcohol sigue siendo más decisivo y un agente probablemente mucho más determinante que cualquier droga ilícita.

La atribución de causalidad en esta conexión psicofarmacológica es bastante controversial, pero la relación entre intoxicación y delito es demasiado recurrente para ser errónea como se sostiene en las teorías anti-prohibicionistas.

El impacto de los tratamientos de rehabilitación a farmacodependientes sobre la reincidencia delictiva, muestra una componente causal relevante entre la conexión delito-droga. En su conjunto, una parte seguramente significativa de esta conexión no proviene de la prohibición, sino que opera a través de canales independientes que probablemente subsistirían en cualquier escenario de legalización, tal como sucede con el alcohol. Sin embargo, el actuar en los vínculos de siembra y control de la misma, podría permitir un mercado seguro para la farmacodependencia, con buena producción pero un gran número de impuestos, permitiría disminuir la lucha entre organizaciones, sin embargo, el control de este mecanismos requeriría, por parte del Sector Salud, integrar fuertes procedimientos de supervisión y control en las farmacias, centros de atención a las adicciones y otros entes para que los que se vende sea bajo una supervisión médica y no sea parte del sistema del narcomenudeo, acciones que se deberán contemplar con un trabajo fuerte en materia de seguridad, procuración y administración de justicia, donde el farmacodependiente o adicto sea respetado, pero sancionado cuando incumpla con la ley, es decir que se conozca que tie-

ne una razón para ser atendido, pero no les permita delinquir, acciones que los llevará a ser sancionados conforme a la leyes vigentes a través de juzgados especiales, para su reintegración a la sociedad.

Vinculación económico-compulsiva

Se refiere a la criminalidad funcional cometida con el objetivo de obtener dinero para financiar el consumo de estupefacientes y psicotrópicos. La motivación a delinquir se desencadena a partir del deseo intenso de consumir estas sustancias que aparece durante el síndrome de abstinencia. En casos de fármaco dependientes de pasta base, la compulsividad podría surgir, incluso, inmediatamente después de la ingesta, ya que este tipo de sustancia tiene un alto potencial adictivo. Esto se explica porque el efecto de la sustancia es de corta duración, y la disforia (profunda sensación de malestar tras el consumo) es prácticamente inmediata.

El delito adquisitivo tiene mucha mayor importancia, estimulado por el costo de los estupefacientes, pero también por los trastornos propios de una adicción que requiere una provisión regular y generalmente está asociado con incapacidad laboral. Además, una parte significativa del consumo frecuente de drogas se encuentra radicado en población de bajos ingresos que sólo puede financiar la adicción con delito en cualquier circunstancia.

En el caso de México, según datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública y de la Sexta Encuesta Nacional sobre Inseguridad del Instituto Ciudadano de estudios sobre Inseguridad, A.C. (ICESI) 2009, la estimación de delitos cometidos bajo el influjo del alcohol y/o algún estupefaciente es de 60% en población penal adulta, los cuales en su mayoría se cometieron con la finalidad de conseguir estupefacientes o recursos para adquirirlos.

Si se lograrán una estrategia de control y distribución, se evitaría posible costos de vidas, ya que habría un mercado para farmacodependientes seguro y un control de droga menos adulterada y por ende menos dañina, sin embargo, este proceso se deberá hacer con estudios de salud con una visión de romper la cadena ilegal que hoy se opera y permita recuperar a los adictos a través de mecanismos de salud, droga limpia y controlada.

Vinculación sistémica

Otro vínculo entre ambos fenómenos es la violencia que se produce en torno al mercado de los estupefacientes y psicotrópicos. Las zonas marginales donde operan comercios locales de sustancias favorecen la proliferación de violencia, corrupción y delitos hacia los propios pobladores, que muchas veces no son denunciados por temor a las represalias de los traficantes. Esta situación aumenta de manera significativa en países productores de drogas.

Esta vinculación se encuentra bien documentada por Goldstein, especialmente en el caso de los gru-

pos delincuenciales neoyorquinos que traficaban con crack a fines de los años setenta. Usualmente los mercados ilegales de drogas tienen la forma de redes con poca organización y jerarquía, pero dependientes de alguna organización que opera en su localidad, sin embargo, muchos operadores laboran independientemente entre sí, sobre todo en la venta al menudeo, situaciones que han en ocasiones en México, a crear guerra entre pandillas por el control y por el cumplimiento a las órdenes de las organizaciones que operan en México.

La rentabilidad del negocio de los estupefacientes aumenta la competencia y vuelve más apremiantes los problemas de seguridad, y obliga a los narcomenudistas actuar de manera más organizada, usualmente con grupos delincuenciales y delincuencia organizada.

La violencia interna del mercado de drogas puede alcanzar dimensiones colosales en los grandes sitios de producción como sucede en el caso de Colombia o en las cadenas de distribución al por mayor como ocurre actualmente en México, pero también en la venta al menudeo como ocurrió con el crack neoyorquino. Mucha de esta violencia ha sido imputada a la prohibición misma.

Existen estudios que muestran, por ejemplo, que las detenciones frecuentes dejan aperturas en las zonas de mercadeo que se resuelven a través de disputas violentas, pero la violencia tiene que ver también con factores ajenos a la prohibición: con el valor mismo de las drogas, la juventud de los participantes y la poca confiabilidad de los compradores, casi siempre consumidores que pueden desplegar rápidamente conductas agresivas.[2]

En el caso de México las redes de narcomenudeo continúan siendo manejadas por operadores sin trayectoria criminal (aunque la introducción de jóvenes delincuentes experimentados en el negocio de las drogas aumenta vertiginosamente) y la cartelización del mercado de drogas tiene una presencia importante, con redes de organización y de operación muy bien estructurada y fuertemente financiada.

No obstante lo antes expuesto, existen otras teorías que refutan cualquier relación directa entre drogas y criminalidad. Estas sostienen que ambos fenómenos forman parte de un sistema de conexiones desencadenado por el "estilo de vida delincuencial".

Existen diferentes maneras de enfrentar la delincuencia relacionada con el consumo de sustancias:

- Medidas preventivas primarias: Dirigidas a tratar las causas de ambos fenómenos.
- Medidas preventivas secundarias: Con el objeto de potenciar acciones sobre los factores de riesgo y protectores.
- Medidas preventivas terciarias: Intervenciones directas en los implicados en delincuencia y consumo de sustancias.

Aspectos y costos del prohibicionismo en el consumo de estupefacientes

Una preocupación especial de las políticas de prohibición es el aumento acelerado de la población detenida y encarcelada, sobre todo cuando las razones son de poco peso. La experiencia de la detención de jóvenes bajo cargos de posesión o consumo de estupefacientes puede volverse demasiado frecuente y tiene el riesgo de trivializar el quebrantamiento de la ley.

También el encarcelamiento de narcomenudistas de baja peligrosidad puede tener efectos contraproducentes, sin contar con el abandono parental en que quedan muchos hogares ,sobre todo cuando las madres son detenidas bajo cargos de narcomenudeo.

El sistema de prohibicionismo refleja que estas faltas sólo dan origen a sanciones menores y en la mayoría de las veces concluyen en sentencias absolutorias. Asimismo, el sistema da cuenta de una efectividad creciente en la persecución del narcomenudeo (delito que fue tipificado hace un par de años) tanto en número de procedimientos terminados como en sentencias condenatorias, muchas de las cuales consideran penas privativas de libertad.

La probabilidad de que alguien esté privado se su libertad por consumo de estupefacientes es prácticamente nula, pero la proporción de población penitenciaria con problemas de consumo de estupefacientes, según datos del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social OADPRS, ha calculado en alrededor del 95%, mientras que las oportunidades de tratamiento y rehabilitación al interior de los centros penitenciarios son escasísimas. De igual manera es motivo de preocupación el aumento de la población femenina en centros penitenciarios encarceladas a causa de delitos contra la salud, particularmente narcomenudeo; en muchas ocasiones madres jefes de hogar que dejan sus hogares en estado de extrema vulnerabilidad social.

Otras consecuencias adversas de las políticas de control son la corrupción policial y la vulneración de derechos, sobre los cuales se dispone de poca información; pues los casos detectados de corrupción policial son aparentemente pocos y la ley no ha dado origen a ninguna queja de constitucionalidad, sin embargo, la crítica legal ha aumentado en los últimos años. En algunos casos se ha considerado que los incentivos policiales favorecen demasiado la investigación de delitos contra la salud y alienta indebidamente la persecución de estas conductas, en detrimento de otros delitos más graves o en perjuicio de los grupos que sufren mayor discriminación y estigma social.

Sin embargo, ninguna de estas acusaciones a la política de control, cuentan por ahora con evidencia importante.

PANORAMA DELINCUENCIAL EN MÉXICO (INCIDENCIA DELICTIVA Y SITUACIÓN PENITENCIARIA)

Hoy nuestro país la incidencia delictiva en materia de los delitos contra la salud ha crecido en forma proporcional con el crecimiento de las organizaciones y la persecución de ellas, ya que los homicidios vinculados, la ampliación de los mercados, su trán-

sito por el país y su siembra, han requerido de mayor esfuerzo de las organizaciones para proseguir el camino de la obtención de recursos para su sostenimiento.

Eso ha llevado que la propias organizaciones amplíen sus horizontes con otros tipos de delitos como es la extorsión, privación ilegal de la libertad (secuestros, levantones), derecho de piso, robo de vehículos, entre otros, aspectos que como se comentaba anteriormente no se han podido atacar por que las fuerzas de seguridad han encausado sus acciones para responder a los delitos contra la salud y en cierta forma se ha descuidado la prevención en contra de éstos.

Si analizamos el crecimiento de la incidencia delictiva en su conjunto podría no ser el número exponencial que se considera, pero si observamos a cada uno en su nivel, se podría determinar el riesgo que corre la sociedad a través de ellos, ya que estos están directamente a la afectación de los mismos.

La extorsión ha crecido desde el concepto telefónico como amenaza, cobro de piso y otros aspectos, sin embargo, las campañas de prevención en los dos últimos años, ha permitido si no regresar a los niveles anteriores si poder detener su crecimiento, el secuestro y sus pagos, derecho de piso sin tener cifras importantes por el tipo de delito, los últimos dos años ha crecido en forma vertical más de 10% en algunas ciudades y más de 50% en otras que se ven más afectadas por la delincuencia. Asimismo, el robo de vehículos aunque en forma directa varios estados incluyendo el Distrito Federal han disminuido, el tipo de vehículos que se roban principalmente para cometer otros delitos ha crecido, ya que son elementos necesarios para cometer una serie de delitos sin invertir o perder los medios propios.

Ahora bien el mercado de las drogas en su conjunto de acuerdo con datos que se obtienen por los aseguramientos y posibles costos de droga en el mercado es alto y se habla de los de cinco mil millones de dólares, situación que ha ido en aumento y el proceso seguirá creciendo, si no existen otros procedimientos para vencer su crecimiento.

Sin embargo, algo que siempre ha pasado desapercibido del problema de las drogas, es el sistema penitenciario, ya que las cifras que se han manejado en capítulos anteriores, nos permiten observar que la reinserción del delincuente a la sociedad, será más difícil y más costoso si el sistema de justicia sigue en el mismo camino.

Es decir, si la aplicación de la ley no se modifica para los primo delincuentes que hubieran cometido un delito bajo el influjo de determinado tipo, se volverá una carga para el Estado, ya que no sólo se le deberá dar sustento en la cárcel, sino habrá que aplicar programas que lo puedan reinsertar de inmediato, en cambio si se aplican leyes sustitutivas como las contempladas en las reformas del 2008 de la Constitución, las cuales están integrándose lentamente en los estados y la Federación, con trabajos para la comunidad y un programa

externo de recuperación, permitirá, primero, no saturar las cárceles; segundo, darle una segunda oportunidad de ser persona honorable y si además se comprueba que fue por falta de oportunidades, el pago con trabajos a la comunidad lo hará más responsable y fácil de que se integre a la sociedad con mayor prontitud.

El sistema de justicia no requiere de más leyes restrictivas para aquellas personas que cometan un delito penal, se requiere que el sistema penitenciario tenga la capacidad de aplicar las penas sustitutivas para atender no sólo a estas personas que pudieran actuar bajo el influjo de una droga, sino también se debe buscar que aquellos que delinquen por necesidad se les aplique penas de apoyo a la comunidad, ya que no sólo son sancionados, sino podrían ser retribuidos económicamente y le permitirá más fácilmente integrarse y así evitaría para que se convirtieran en verdaderos delincuentes en las cárceles, que el interno que desee recuperar su libertad se adhiera a programas de beneficio, de salud, de pago de sus penas en beneficio de la sociedad, realizando trabajos comunitarios en las ciudades, el campo, empresas u otras que les permitan sostenerse económicamente.

RELACIÓN ENTRE LA COMISIÓN DE DELITOS Y EL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

Según datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública, a nivel nacional la comisión de delitos cometidos por personas bajo el influjo de alcohol y/o estupefacientes o con la finalidad de obtener recursos para adquirirlos, ha alcanzado un promedio de 60%, más de 50% de estos delitos cometidos, corresponden a delitos no graves, en su mayoría de carácter patrimonial, tales como robo simple, daño en propiedad ajena y otro delitos menores; los cuales son consignados y en la mayoría de los casos se dicta auto de formal prisión, remitiéndolos en consecuencia a prisión preventiva.

La incidencia demuestra igualmente que la mayoría de estos consignados son primo delincuentes. Lo anterior impacta directamente en la situación penitenciaria, toda vez que contribuye a la sobrepoblación de los centros penitenciarios.

Según datos del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública, se estima que a nivel nacional 94.88% de los presos son consumidores de drogas, es decir, de los 224,749 reos que hay en las 431 cárceles del país, 213,242 consumen drogas. De igual manera el delito que presenta el porcentaje más alto de internos farmacodependientes a nivel nacional (más de 50%), es el robo (simple y con violencia). De igual manera, 41% de los internos no han sido sentenciados, es decir, a sólo 132,438 del total de los internos les ha sido dictada sentencia; lo que impide que formen parte de alguno de los programas de reinserción.

En este sentido, es de señalar que los problemas de consumo al interior de las prisiones se recrudece debido a que el promedio de tiempo para dictar una sentencia es de cinco años, más el tiempo que dure

la estadía de los internos para la compurgación de la pena impuesta.

DEFINICIÓN DE LOS COMPONENTES DE SALUD Y JURÍDICOS EN EL CONTEXTO DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMISIÓN DE DELITOS Y EL CONSUMO DE DROGAS

Los capítulos subsecuentes, tratarán diversos temas que conciernen a la relación que guarda la comisión de delitos y el consumo de drogas, así como de la coordinación entre las Instancias de salud y de procuración e impartición de justicia. Por ello resulta importante exponer y definir algunos de los conceptos e instituciones normativas que se estarán desarrollando a lo largo del documento.

Componentes del sistema de salud

• Definición y clasificación de los estupefacientes

De conformidad con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que es el órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas; "estupefaciente" es toda sustancia natural o sintética que se encuentre incluida en las Listas I y II de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y su Protocolo Modificatorio de 1972,[3] además de los estupefacientes considerados por cada Estado Parte. Asimismo, define como "preparado" a toda mezcla, sólida o liquida, que contenga un estupefaciente, incluida en la Lista III de la Convención.

Esta Convención Única sobre Estupefacientes fue firmada el 30 de marzo de 1961 en Nueva York, y constituye el tratado internacional contra la manufactura y el tráfico ilícito de estupefacientes que conforma el fundamento del régimen global de control de drogas.

Por otro lado, la Ley General de Salud señala en su artículo tercero fracción XIII, que es materia de salubridad general la prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia.

En este contexto, el artículo 234 del mismo ordenamiento enlista las sustancias consideradas como estupefacientes; asimismo será considerado como estupefaciente cualquier otro producto derivado o preparado que contenga sustancias señaladas en la lista antes referida, sus precursores químicos y, en general, los de naturaleza análoga y cualquier otra substancia que determine la Secretaría de Salud o el Consejo de Salubridad General.

Asimismo, el mismo ordenamiento establece en su artículo 235, que la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier producto que los contenga queda sujeto a:

I. Las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos.

II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
III. Las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General.
IV. Lo que establezcan otras leyes y disposiciones de carácter general relacionadas con la materia.

En el mismo sentido, la ley consigna que queda prohibido en el territorio nacional todo acto de los mencionados en el artículo 235, respecto de las siguientes sustancias y vegetales: opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, papaver somniferum o adormidera, papaver bactreatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones.

Esta misma prohibición podrá ser establecida por la Secretaría de Salud para otras sustancias señaladas en el artículo 234 de esta Ley, cuando se considere que puedan ser sustituidas en sus usos terapéuticos por otros elementos que, a su juicio, no originen dependencia.

• Definición y clasificación de los psicotrópicos

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971,[4] define a estas últimas como cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural de las Listas I, II, III o IV que se anexan al convenio. Asimismo, define como "preparado" a toda solución o mezcla, en cualquier estado físico, que contenga una o más sustancias sicotrópicas, o una o más sustancias sicotrópicas en forma dosificada.

Respecto a los efectos de estas sustancias, el mismo instrumento señala que estas sustancias pueden producir un estado de dependencia y estimulación, o depresión del sistema nervioso central, que tengan como resultado alucinaciones o trastornos de la función motora o del juicio o del comportamiento o de la percepción o del estado de ánimo.

En este contexto, la Ley General de Salud, en su artículo 245, clasifica a las sustancias psicotrópicas en los siguientes grupos, además de aquellas que determine específicamente el Consejo de Salubridad General o la Secretaría de Salud:

I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública
II. Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública.

III. Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública.
IV. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública.
V. Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinarán en las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Asimismo, la ley de referencia señala en su artículo 247 que la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con sustancias psicotrópicas o cualquier producto que los contenga, queda sujeto a:

I. Las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos.
II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
III. Las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General.
IV. Lo que establezcan otras leyes y disposiciones de carácter general relacionadas con la materia.
V. Las disposiciones relacionadas que emitan otras dependencias del Ejecutivo Federal en el ámbito de sus respectivas competencias.

De igual manera, se establece la prohibición de todo acto de los mencionados en el artículo 247 de la Ley, en relación con las sustancias que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública.

Programa Contra la Farmacodependencia

Derivado de las acciones dirigidas a la atención y tratamiento del consumo de estupefacientes y psicotrópicos, la Ley General de Salud, en su Capítulo IV, instituye el Programa Contra la Farmacodependencia, cuya ejecución coordinada se encuentra a cargo de la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, a través de las siguientes acciones:

I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.
II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, substancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales.
III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

Este programa que ejecuta la Secretaría de Salud en coordinación con dependencias y entidades del Sector Salud, y con los gobiernos de las entidades federativas; así como a través de estrategias trans-

versales con las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, establece los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Asimismo, como una acción de consolidación de la Estrategia Nacional para la Prevención y Atención de las Adicciones del Gobierno Federal, así como en alcance a las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas ratificadas por nuestro país, la Comisión Nacional contra las Adicciones, dependiente de la Secretaría de Salud se encuentra planificando el Programa Nacional contra la Farmacodependencia 2011-2012.[5]

Este programa, hace un recuento de los alcances que las políticas públicas han permitido alcanzar en los ámbitos de prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación, formación de recursos humanos, normatividad, legislación, regulación y control del consumo de drogas ilícitas y fármacos no prescritos en México.

Asimismo, presenta un análisis de la magnitud del problema, con base en los estudios y evidencias más recientes en torno al consumo de drogas ilegales y fármacos no prescritos, los problemas de salud asociados y su impacto social en nuestro país. Posteriormente, plantea todos aquellos retos que continúan vigentes, así como otros que aún no han sido abordados en diversas esferas, lo que da lugar al planteamiento de un Plan Estratégico de Acción para los dos años que restan de la presente administración, y con miras a seguir siendo programado y ejecutado en las futuras administraciones.

Entre los principales temas, destacan: prevención y atención de grupos vulnerables; tratamiento, rehabilitación y reinserción social; reforzamiento de acciones de investigación, formación de recursos humanos y sistemas de información; así como el fortalecimiento de medidas legales, normativas y de cooperación tendientes a la regulación, control y seguimiento del problema a nivel nacional.

El Plan Estratégico de acción de este Programa establece cuatro líneas de acción para su ejecución:

- Prevención en materia de estupefacientes y psicotrópicos.
- Tratamiento para la dependencia de estupefacientes y psicotrópicos.
- Políticas Públicas con enfoque normativo.
- Cooperación Internacional.

Para los efectos de este programa, la Ley General de Salud hace las siguientes denominaciones respecto a las personas que consumen estupefacientes o psicotrópicos, en razón del nivel de consumo:

- *Farmacodependiente:* Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos.
- *Consumidor:* Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia.

- *Farmacodependiente en recuperación:* Toda persona que está en tratamiento para dejar de utilizar narcóticos y está en un proceso de superación de la farmacodependencia.

Por otro lado, la misma Ley, en su Capítulo VII, enuncia los siguientes conceptos:

- *Farmacodependencia:* Es el conjunto de fenómenos de comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de estupefacientes o psicotrópicos.
- *Farmacodependiente:* Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos.
- *Consumidor:* Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia.
- *Narcóticos:* Los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen esta Ley, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.
- *Posesión:* La tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.
- *Suministro:* La transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

Componentes del sistema de Justicia

Con motivo de las reformas constitucionales del 18 de junio del 2008 en materia penal y de seguridad pública, el mandato constitucional establece que el proceso penal será acusatorio y oral; en este sentido es que el artículo segundo transitorio de esta reforma establece que tanto la Federación, como los estados y el Distrito Federal deberán expedir y poner en vigor las modificaciones u ordenamientos que sean necesarios a fin de incorporar el sistema procesal penal acusatorio, teniendo para ello un plazo de ocho años a partir de la publicación de la Reforma Constitucional.

Por lo anterior, la modalidad de juicios orales y la figura de la suspensión del procedimiento a prueba del procesado, ya se encuentran previstas en los códigos de procedimientos penales de los estados en los que se encuentra operando el sistema penal acusatorio: Baja California, Chihuahua, Durango, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Yucatán y Zacatecas.

Asimismo, estos elementos normativos se encuentran previstos en el Proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales de la Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación para la implementación del Sistema de Justicia Penal SETEC.[6]

Se prevé que este proyecto normativo sirva de referente a las Entidades Federativas que aún no empiezan en el proceso de confección normativa derivada de la implementación del sistema penal acusatorio, a las que ya se encuentran en dicho proceso, así como a las que incluso ya cuentan con ley, para efecto de su elaboración o mejoramiento, respectivamente.

En este sentido, los componentes jurídicos que se establecerán a continuación, se encuentran apegados al proyecto de la de la Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación para la implementación del Sistema de Justicia Penal SETEC; cuyos principios y conceptos se apegan al contenido de los códigos sustantivos de las entidades operadoras del sistema acusatorio penal.

Asimismo, estas figuras legales pueden transformarse en las vías de implementación en nuestro país de un modelo de Juzgado Especializado para el Tratamiento de Adicciones, donde sin necesidad de crear tribunales especiales, se use la estructura orgánica del poder judicial para derivar a farmacodependientes en conflicto con la justicia, a tratamiento de rehabilitación.

Se trata de determinar el estado de las leyes vigentes para hacer frente a esta clase de intervención específica, identificar las fortalezas y debilidades, y proponer modificaciones que permitan readecuar el diseño procesal al modelo planteado.

• Juicios orales

Los juicios orales, consisten en un modelo de justicia penal en el que se introduce el debido proceso legal. Dicho proceso consiste en asegurar para todas las partes que intervienen en el proceso penal que sus derechos se vean salvaguardados y que, en el caso de los acusados, solamente se verán afectados por órdenes judiciales y nunca por la actuación arbitraria de la policía o del órgano investigador de los delitos.[7]

El principio de oralidad consiste en el predominio de la palabra hablada, y se traduce en aportar alegatos y elementos probatorios en el juicio de forma directa y verbal, pero sin excluir los escritos dentro de los procesos, en virtud de que aquéllos tienen como función dar soporte material a las evidencias y en algunos casos, el anuncio de lo ofrecido en el juicio oral, al tiempo de documentar el proceso.

Una de las ventajas de los juicios orales radica en la inmediación; esto es, el juzgador y los sujetos procesales se encuentren presentes para contraponer sus pretensiones sobre la litis que anima el proceso, lo que implica que el juez está en posibilidad de analizar no solamente los dichos de los intervinientes en un juicio, sino, además, su desenvolvimiento psicológico en el mismo, lo que ayuda a conocer de manera más cercana la verdad histórica y no la formal, fin último de un proceso penal.

Lo anterior da lugar a la necesidad invariable que el juez esté presente en el desahogo de las pruebas, y él mismo emitirá la sentencia, independientemente de substanciarse el proceso, por regla general, en una sola audiencia, en salvaguarda de los principios de inmediación, publicidad, contradicción y concentración.

Otro principio íntimamente ligado a la oralidad en los procesos es la publicidad, la cual consiste tanto en que las diligencias de las audiencias se realizan de manera pública ante la presencia de la sociedad, y las partes tienen conocimiento recíproco de los actos procesales de la contraparte para controvertirlas plenamente, sin tener que cargar con un valor probatorio pre constituido, lo que garantiza la salvaguarda del principio de contradicción; es decir, el equilibrado enfrentamiento de pretensiones entre las partes en el desahogo de las pruebas.

Suele confundirse entre sistema acusatorio y oralidad. Sin embargo, como ha quedado de manifiesto, ésta es parte de aquél; es decir, puede hablarse de sistemas acusatorios orales caracterizados por procedimientos de argumentación y recepción probatoria verbal directamente ante el tribunal y, por el contrario, es posible, también, concebir un proceso penal acusatorio perfectamente diseñado y funcional cuyo procedimiento de argumentación y recepción probatoria sea, sin embargo, escrito.

Lo importante es que se observen los elementos característicos del sistema procesal penal garantista, independientemente de la predominancia verbal o escrita, y que los sistemas de justicia penal sean eficientes, eficaces útiles en el abatimiento de los márgenes de impunidad y desigualdad.

En la actualidad prevalece una fuerte tendencia, sobre todo en América Latina, a considerar que la oralidad en los juicios fortalece al sistema garantista pues hace prevalecer los principios de inmediatez y contradicción.

Bajo esta óptica se ha definido al juicio oral como "un universo cerrado probatorio en el que existe un juez imparcial y en donde las partes con igualdad procesal presentan sus argumentos para probar la existencia de hechos, uno de los cuales debe ser calificado como delito; sus argumentos se presentan de forma oral dando oportunidad a ambas partes de rebatir y contradecirlos de manera inmediata. En consecuencia, en el mismo juicio existe una aplicación del principio de inmediatez procesal entre el juez, las partes y los argumentos. Por otro lado, se aplica el principio de publicidad y transparencia en el proceso de toma de decisiones."[8]

En este contexto, los juicios orales consisten en un modelo de justicia penal en el que se introduce el debido proceso legal. Dicho proceso consiste pues, en asegurar para todas las partes que intervienen en el proceso penal que sus derechos se vean salvaguardados y que, en el caso de los acusados, solamente se verán afectados por órdenes judiciales y nunca por la actuación arbitraria de la policía o del órgano investigador de los delitos.[9]

En este sentido, el artículo 66 del proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales, instituye la oralidad en los juicios al establecer que las actuaciones procesales se desarrollarán predominantemente de forma oral, pudiendo auxiliarse con documentos, por lo cual todos los elementos aportados en el procedimiento serán de forma directa y oral y en su realización se utilizarán los medios técnicos disponibles que permitan imprimirle mayor agilidad y fidelidad, sin perjuicio de conservar registro de lo acontecido.

• Suspensión del procedimiento a prueba del procesado

La suspensión del procedimiento a prueba del procesado o suspensión condicional del proceso, está considerada como una de las formas anticipadas de terminación del proceso; según lo establecido por el proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales y en los códigos de procedimientos penales de las entidades que ya cuentan con el sistema penal acusatorio.

Esta medida es decretada por el Juez o Tribunal, a petición del inculpado y la defensa, y tiene como propósito suspender los efectos de la acción penal a favor del primero y evitar la determinación del Juicio de responsabilidad penal en una sentencia, sujetándose a ciertos requisitos.[10]

Esta suspensión condicional impide que los inculpados que han cometido delitos menores ingresen a prisión preventiva y comiencen ahí una carrera delictiva. Se trata de impedir que un primer contacto con el sistema penitenciario signifique un detonante criminógeno que pueda generar consecuencias negativas en lo futuro.

El alcance de esta medida se traduce en que, por una parte se trata de evitar los efectos negativos que enfrentan quienes toman por primera vez contacto con el sistema penal, abriendo espacio para la reinserción social y, por la otra, que se persigue descargar el sistema para concentrar los esfuerzos, en los casos más graves que requieren con mayor propiedad de un juicio pleno. Esta postura resulta congruente con la necesidad de usar el juicio oral, como una herramienta novedosa en el proceso penal, y es a la vez funcional al objetivo de generar respuestas penales diversificadas según las circunstancias.

Los requisitos a los cuales se sujeta esta suspensión condicional son los siguientes:

I. Que no exista oposición fundada del Ministerio Público o del ofendido.
II. Que se trate de un delito no calificado como grave y cuya pena máxima de prisión no sea mayor de ocho años, incluyendo las modalidades o circunstancias modificativas del delito.
III. Que el inculpado no haya sido condenado con anterioridad por sentencia ejecutoria, por delito doloso, o que se encuentre sujeto a un proceso penal:
IV. Que no se haya concedido el mismo beneficio en proceso diverso.
V. Que de la circunstancia del hecho y personales del inculpado no existan datos que permitan racionalmente presumir que, de concederse la suspensión, se presentarían riesgos graves a los bienes jurídicos de las personas.
VI. Que el inculpado ante el Juez, celebre con la víctima u ofendido, si los hubiere, un acuerdo reparatorio de daño y/o perjuicio. Dicho acuerdo deberá contener el monto y la forma en que habrá de pagarse. El inculpado se libera de la obligación pagando o consignando en el juzgado de su proceso la cantidad acordada. La víctima u ofendido comparecerá a recibir

el pago o a ver la cantidad consignada a su favor.

VII. Que se solicite antes del desahogo de pruebas, y hasta antes de que se dicte auto de apertura del Juicio Oral.

VIII. Que se comprometa a cumplir con las medidas y condiciones que el Juez le fije.

Esta medida procederá después del auto de vinculación a proceso y hasta antes de que se dicte el auto de apertura a juicio oral.

El proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales de la SETEC establece, además, que el juez fijará el plazo de suspensión condicional del proceso, mismo que no podrá ser inferior a un año ni superior a tres.

Asimismo, el mismo ordenamiento establece que el juez determinará, entre las siguientes, una o varias de las condiciones que deberá cumplir el imputado:

I. Residir en un lugar determinado o abstenerse de salir del país.
II. Frecuentar o dejar de frecuentar determinados lugares o personas.
III. Abstenerse de consumir drogas o estupefacientes o de abusar de las bebidas alcohólicas.
IV. Participar en programas especiales de tratamiento con el fin de abstenerse de consumir drogas, bebidas alcohólicas o cometer hechos delictivos.
V. Comenzar o finalizar la educación básica si no la ha cumplido, aprender una profesión u oficio o seguir cursos de capacitación en el lugar o la institución que determine el juez.
VI. Prestar servicios o labores en favor del Estado o de instituciones de beneficencia pública.
VII. Someterse a un tratamiento médico o psicológico.
VIII. Permanecer en un trabajo o empleo, o adoptar, en el plazo que el juez determine, un oficio, arte, industria o profesión, si no tiene medios propios de subsistencia.
IX. Someterse a la vigilancia que determine el juez por cualquier medio.
X. No poseer o portar armas.
XI. No conducir vehículos automotores.
XII. La obligación de observar buena conducta así como la manifestación expresa de no participar en actos delictuales.
XIII. Cumplir con los deberes de asistencia alimentaria.

Del mismo modo, y sólo a solicitud del imputado, el juez podrá imponer condiciones análogas a las anteriores cuando estime que resultan razonables. Para fijar las condiciones, el juez puede disponer que el imputado sea sometido a una evaluación previa. Asimismo, por lo que hace a los efectos de la suspensión condicional del proceso; ésta no extingue las acciones civiles de la víctima u ofendido.

Respecto de la conservación de los datos y medios de prueba, en los asuntos suspendidos, el proyecto de código en comento señala que el Ministerio Público tomará las medidas necesarias para evitar la pérdida, destrucción o ineficacia de los datos y medios de prueba conocidos y los que soliciten los su-

jetos que intervienen en el proceso. Asimismo, podrá recibirse como prueba anticipada los testimonios que las partes ofrezcan, sin que sea necesario para ello que se acredite la extrema necesidad o evitar la pérdida del elemento probatorio.

La revocación de esta medida procede cuando el imputado se aparta, en forma injustificada, de alguna de las condiciones impuestas, asimismo, cuando no cumple con el plan de reparación del daño o comete un nuevo delito. Para tales efectos, el juez, a solicitud del ministerio público, de la víctima u ofendido, citará a audiencia, en la que luego de agotar el debate resolverá sobre la revocación y en consecuencia sancionará al imputado con diez a cien días multa o de diez a cien días de trabajo a favor de la comunidad, y resolverá de inmediato sobre la reanudación de la persecución penal.

En este supuesto, si la víctima u ofendido ha recibido pagos durante la suspensión del proceso que posteriormente es revocada, estos pagos se abonarán al pago de la reparación del daño que, en su caso, le corresponda a la víctima u ofendido.

Respecto al beneficio que ofrece esta medida; una vez que transcurra el plazo que se fije sin que la suspensión se hubiere revocado, se traduce en la extinción de la acción penal, en este sentido, el juez dictará de oficio o a petición de parte, el sobreseimiento de la causa penal.

Por lo que hace a las causales de improcedencia, la suspensión condicional del proceso no se admitirá en los casos de inculpados que hayan incumplido un acuerdo en algún procedimiento anterior, o no haya transcurrido un mínimo de cuatro años a la firma de un acuerdo reparatorio en otro procedimiento penal tanto en el fuero federal como en el fuero común. Para efectos de lo anterior, previo al comienzo del procedimiento de suspensión condicional del proceso, el juez solicitará a las autoridades correspondientes un informe acerca de los mecanismos alternativos de solución de controversias en los que participen o haya participado el imputado.

• Reparación del daño

Otra de las figuras que se advierte como condición indispensable para la implementación de los modelos de juzgados para el tratamiento de adicciones, es la reparación del daño.

La reparación del daño es una pena pecuniaria que consiste en la obligación impuesta al delincuente de restablecer el estado en que las cosas se encontraban antes y resarcir los perjuicios derivados de su delito.

Es la sanción impuesta al activo independiente del delito, como pena pública, pero accesoria del mismo delito, cuyo objetivo es resarcir o restituir al pasivo de la lesión sufrida como daño, obligatorio como consecuencia de una sentencia condenatoria.

La reparación del daño en el derecho penal lleva consigo objetivos independientes del delito, es decir, del hecho o acto delictuoso que dio origen al proceso, sin embargo su finalidad como pena pública, es accesoria, pero obligatoria, que implica por un lado, en razón del activo, el dar cumplimiento a la restitución del bien o de su equivalente en efec-

tivo y, por otro, satisfacer la lesión causada al pasivo del delito.

En este sentido, que uno de los requisitos a los cuales se sujeta la suspensión condicional, es que se asegure el pago de la reparación del daño y los acuerdos que el imputado deberá cumplir para tal efecto.

• Acuerdo reparatorio

El acuerdo reparatorio es el pacto entre la víctima u ofendido y el imputado aprobado por el juez de control o juez de preparación, que lleva como resultado la solución del conflicto y la conclusión del procedimiento, asegurando el pago de la reparación del daño.

Éstos consisten básicamente en la posibilidad que tiene la víctima de un delito, para llegar a un acuerdo con el imputado, y convenir en una forma de reparación satisfactoria de las consecuencias dañosas del delito, éste debe cumplir con los siguientes aspectos:

- Este acuerdo debe ser prestado en forma libre y con pleno conocimiento de los derechos por ambas partes.
- El acuerdo debe ser aprobado por el Juez, quien velará que se cumplan los requisitos de consentimiento libre e informado, y debe, además, establecer que no existe un interés público prevalente que haga que el acuerdo sea perjudicial socialmente.
- Procedencia en delitos menores.

Si el acuerdo reparatorio es aprobado, éste produce el efecto de sobreseer definitivamente la causa, extinguiéndose la responsabilidad penal del imputado que haya concurrido al acuerdo.

Es tal la fuerza e importancia de los acuerdos reparatorios, que la ley procesal le establece una obligación al juzgador de propiciar estos acuerdos u otras medidas que faciliten la reparación del daño causado a la víctima, estableciéndose una interesante opción preferente hacia soluciones alternativas, no punitivas y retributivas.

Lo anterior queda plasmado en el proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales de la SETEC, al establecer que, desde su primera intervención, el Ministerio Público o, en su caso, el Juez de control, exhortará a los interesados a que lleguen a acuerdos reparatorios en los casos en que proceda.

En todo caso, es importante tener presente que este encuentro entre agresor y víctima no necesariamente se va a dar en forma personal toda vez que, el proceso puede también consistir en una negociación entre el defensor y el fiscal o el abogado de la víctima, debiendo el acuerdo ser aceptado por ambos.

El Proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales de la SETEC establece que los acuerdos reparatorios procederán únicamente en los delitos que se persiguen por querella, o requisito equivalente de parte ofendida, salvo aquellos que sean cometidos

con violencia. Sin embargo, estos acuerdos reparatorios no procederán en los casos en que el imputado haya celebrado anteriormente otros acuerdos por hechos de la misma naturaleza.

Respecto a la oportunidad, el mismo ordenamiento establece que los acuerdos reparatorios procederán hasta antes de decretarse el auto de apertura de juicio oral. En este sentido, el Juez, a petición de las partes, podrá suspender el proceso penal hasta por 30 para que las partes puedan concretar el acuerdo y en caso de que la concertación se interrumpa, cualquiera de las partes puede solicitar la continuación del proceso.

Asimismo, una vez que el Juez apruebe los acuerdos, éstos quedarán debidamente registrados. Esta aprobación estará sujeta a la procedencia del acuerdo en términos de lo que dispongan los códigos procesales para tal efecto, así como a que las obligaciones de alguna de las partes no resulten notoriamente desproporcionadas o existan motivos fundados para estimar que alguno de los intervinientes no está en condiciones de igualdad para negociar, o que han actuado bajo coacción o amenaza.

En este sentido, el plazo fijado para el cumplimiento de las obligaciones pactadas suspenderá el trámite del procedimiento penal y la prescripción de la acción penal; en tanto que el cumplimiento de lo acordado impedirá el ejercicio de la acción penal o, en su caso, extinguirá la ya iniciada.

Es importante destacar que si el imputado incumple sin causa justificada las obligaciones pactadas dentro del término que fijen las partes, que no podrá exceder de tres meses o, en caso de no establecerlo, dentro de ese mismo plazo, contados a partir del día siguiente de la ratificación del acuerdo; el procedimiento continuará como si no se hubiera arribado a acuerdo alguno.

Para efectos de la suspensión del procedimiento a prueba del procesado, una vez que el juez reciba la solicitud de ésta, se citará a audiencia, en la que luego de escuchar a las partes fijará las condiciones bajo las cuales se suspende el proceso o se rechaza la solicitud, y aprobará o modificará el plan de reparación propuesto por el imputado, conforme a criterios de razonabilidad.

Asimismo, en esta audiencia en donde se resuelva sobre la solicitud de suspensión del proceso, el Ministerio Público deberá plantear, en su caso, un plan de reparación respectivo, que podrá consistir en una indemnización equivalente a la reparación del daño que pudiera llegar a imponerse, así como los plazos para cumplirla.

Juzgado para el tratamiento de Adicciones (Tribunal para el Tratamiento de Drogas o Corte de Drogas)

El modelo de Juzgado Especializado para el Tratamiento de Adicciones, consiste en un mecanismo de justicia alternativa que permite que una persona que cometió un delito bajo el influjo de algún estupefaciente o psicotrópico con el fin de obtener recursos para su adquisición, se someta a un tratamiento contra las adicciones en lugar de una pena privativa de

libertad. El tratamiento se efectuará bajo supervisión judicial, directa y periódica; a través de un sistema de coordinación entre el sistema de salud y los sistemas de seguridad y justicia.

En ese sentido, existen básicamente cinco puntos clave en el modelo:[11]

- Está orientado a delincuentes de baja peligrosidad, es decir, responsables de delitos menores del fuero común, fundamentalmente robos, lesiones y otros delitos de carácter patrimonial.
- El objetivo de programas de esta naturaleza es eliminar o reducir significativamente el uso de drogas en los infractores y, consecuencialmente, obtener una rebaja sustancial en la reincidencia.
- El juez de tratamiento de adicciones impone al infractor condiciones, entre las cuales se encuentra el tratamiento clínico. Estas pueden ser complementadas con otras.
- Durante el tratamiento clínico, existe un fuerte control de su evolución por parte del juzgador, quien es informado permanentemente por los profesionales del sistema de salud a cargo del infractor.
- Existen incentivos importantes para que esta clase de infractores entre en el sistema de tratamiento, tales como la extinción de la acción penal o bien una pena notoriamente más baja.

REFERENCIAS

1. Goldstein DP. The drugs-violence nexus; a tripartite framework. Estados Unidos. Journal of Drug Issues 1985; 15(4): 493-506.
2. Valenzuela E. Política de Drogas: en búsqueda de un equilibrio. Año 5. Núm. 37. Chile: Centro de Políticas Públicas UC; 2010, p. 7.
3. Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y su Protocolo Modificatorio de 1972, [En línea] The International Narcotics Control Board (INCB). Disponible en: www.incb.org
4. Convenio sobre Sustancia Sicotrópicas de 1971, [En línea] The International Narcotics Control Board (INCB). Disponible en: www.incb.org
5. México, Comisión Nacional contra las Adicciones; Secretaría de Salud. México: Anteproyecto Estrategia Nacional para la Prevención y Atención de las Adicciones; 2011, p. 4.
6. México, Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación para la implementación del Sistema de Justicia Penal SETEC. México: Proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales; 2010, p. 23.
7. Carbonell M, Ochoa RE. "Juicios orales y debido proceso legal: una propuesta de reforma". Iter criminis. Tercera Época; 2007; 11: 41-42.
8. Gonzalez RS, Mendieta JE, Buscaglia E, Moreno HM. El sistema de justicia penal y su reforma, teoría y práctica. México: Distribuciones Fontamara; 2005, p. 187.
9. Carbonell M, Ochoa RE. op cit., p. 42.
10. Vizcaíno ZA. "El nuevo marco jurídico sobre farmacodependencia, narcomenudeo y narcotráfico". México. Iter criminis, Cuarta Época 2010; 14: 44-5.
11. Guerra AS. Herramientas legales estratégicas para el tratamiento de drogodependencia en infractores de ley. Chile: Fundación Paz Ciudadana; 2006, p. 7.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

VII.
Factores clave para la implementación de un proyecto de justicia alternativa para personas con adicciones en México

Luz Ma. García Rivas*

* Directora General de Cooperación y Coordinación. Comisión Nacional contra las Adicciones.

ANTECEDENTES

Las Cortes, Juzgados o Tribunales de Tratamiento de Drogas son un mecanismo de justicia alternativa que permite, de acuerdo con el marco normativo del país en donde se implemente, ofrecer una opción a las personas que presentan una adicción y que han cometido algún delito menor, para que en lugar de ser privadas de su libertad, acudan a una instancia de tratamiento bajo supervisión judicial.

Los tribunales de tratamiento de drogas (TTD) se implementaron a fines de la década del ochenta en Estados Unidos, donde han ido creciendo como resultado de la evolución constante de distintos enfoques basados en la comunidad y el trabajo en equipo. Estos enfoques derivan de programas innovadores desarrollados tanto por los organismos encargados de los servicios previos al juicio y de la libertad condicional, como por las asociaciones que se centran en el tratamiento del acusado, por ejemplo, Tratamientos Alternativos para una Comunidad Segura (TASC, por sus siglas en inglés), y también de las innovaciones en el marco del cumplimiento de la ley, como los programas de vigilancia policial comunitaria.[1]

Este esquema dio inicio en el año de 1984, como una respuesta ante la enorme crisis derivada de la llamada "epidemia del crack" en la Florida, que llenaba las cárceles de personas que cometían algún delito derivado de su adicción a esta sustancia. En el Condado de Dade, en Florida, se inició con el manejo diferenciado, permitiendo que aquéllos que presentaran una adicción, fueran remitidos a tratamiento bajo supervisión judicial, en lugar de ser encarcelados. Brumbaugh refiere que paulatinamente, los beneficios de este procedimiento se difundieron hasta llegar a ser todo un sistema, que se encuentra vinculado de manera importante con la comunidad política, con organizaciones de la sociedad civil, con la academia y por supuesto con la población.

El Instituto Nacional de Tribunales de Drogas (NDCI por sus siglas en inglés) define que un tribunal de tratamiento de drogas consiste en una lista de casos u orden del día dentro del sistema judicial que está diseñado para tratar a personas adictas y otorgarles las herramientas necesarias para que cambien sus vidas. El juez del tribunal de drogas se desempeña como líder de un equipo interdisciplinario de profesionales que con frecuencia incluye a un coordinador de tribunales, un fiscal, un abogado defensor, proveedores de servicios, administradores de casos, oficiales de libertad condicional y representantes de los organismos públicos encargados de hacer cumplir las leyes.

Las personas que reúnen los requisitos para participar del programa son aquellas que sufren la dependencia del alcohol y/o las drogas y que habitualmente están acusadas de delitos relacionados con las drogas (por ejemplo, posesión de una sustancia controlada en el caso de Estados Unidos) u otros delitos que se determine fueron causados o influenciados por su adicción (por ejemplo, hurto, robo o falsificación).

De acuerdo con los datos de la Asociación de Profesionales de Cortes de Drogas (NADCP por sus siglas en inglés) a la fecha existen 2,644 cortes, que

atenderán este año alrededor de 120,000 personas.[4] Este esquema ha evolucionado para atender de manera especializada las distintas necesidades de la comunidad. Así pues, se cuenta con las Cortes o Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) para Adultos, los TTD para Jóvenes, los de Tratamiento de Violencia Familiar, los especializadas en población indígena, llamadas tribales y los más novedosa, referidos a los Veteranos de Guerra. Es importante mencionar que, como parte de esta evolución y actualización, se ha iniciado la operación del modelo de Corte de Tratamiento de Drogas y Salud Mental, para atender los casos de patología dual presentados por personas que han cometido algún delito.

Como parte de los sistemas más evolucionados en los que se incorpora el concepto de "Justicia para la solución de problemas", cabe referir la existencia de las Cortes Comunitarias (Community Courts) , que permiten integrar a la comunidad en la búsqueda de la justicia y la seguridad, incorporando la activa participación de los diferentes miembros que la constituyen. Este esquema ha tenido una particular influencia y un desarrollo extraordinario en el estado de Nueva York, de acuerdo a Robert V. Wolf y su operación contribuyó de manera fundamental a la recuperación de la seguridad en pleno centro de Manhattan (Midtown Community Court), así como de una zona que había tenido graves problemas de seguridad en Brooklyn (Red Hook Community Justice Center) .

Derivado de los beneficios probados y documentados por este programa, así como de la tendencia de esquemas de justicia que integran el concepto de reinserción social y rehabilitación, este mecanismo se ha difundido en casi veinte países alrededor del mundo. Cabe resaltar que el uso de este mecanismo de justicia alternativa se aplica en países que cuentan con sistemas de justicia tan diversos como Reino Unido, Canadá, Jamaica, Escocia, Chile, Islas Cayman, Noruega, Irlanda, Bermuda y Bélgica, entre otros. Esto incluso ha dado lugar al fortalecimiento de la Asociación Internacional de Cortes de Tratamiento de Drogas, fundada en 1999, después de la implementación de la primera Corte de Tratamiento de Drogas en Toronto, Canadá en 1998. La misión de esta asociación es la de promover el intercambio de experiencias entre los países, así como la asistencia técnica de aquéllos interesados y con menores recursos.[7]

En publicación reciente, Marlowe[8] menciona que los TTD son el mecanismo de justicia, sobre el que existe un mayor número de publicaciones en Estados Unidos y el mundo, incluso sumando todas aquellas relacionadas con el resto de los mecanismo. A partir de 2006 la comunidad científica de ese país concluyó que, más allá de cualquier duda razonable en cuanto a los procedimientos estadísticos llamados meta-análisis, la evidencia científica muestra que las cortes de drogas reducen considerablemente la reincidencia delictiva, medida como número de reaprehensiones o detenciones por nuevos delitos o faltas administrativas En este mismo estudio se resalta que los TTD han probado ser altamente costoefectivas, ya que en promedio, por cada dólar invertido en el sistema de justicia penal se obtienen beneficios directos sobre el mismo, de 2.21 dóla-

res, lo que habla de un retorno de la inversión superior al 200 por ciento.

SITUACIÓN EN MÉXICO

En México, este tipo de mecanismo o programa se apega al ámbito de la Justicia Alternativa, ya que de acuerdo con su concepto doctrinario, en el marco del sistema acusatorio penal, cumple con las características esenciales de este esquema de impartición de justicia.

La justicia alternativa tiene como propósito la aplicación de medios alternos de solución de conflictos, o medios distintos al proceso penal.[9]

Los conflictos que pueden ser solucionados, constituyen un delito, pero su naturaleza permite que puedan ser solucionados por las partes, con o sin la intervención del juez, agilizando así la restauración del daño a la víctima. La justicia alternativa en el nuevo sistema de justicia penal, no busca la sustitución del proceso penal, sino tal como su nombre lo indica, ofrece alternativas a la sociedad a fin de que sus conflictos puedan ser solucionados, en cuanto a sus efectos e incluso desde su origen; de manera voluntaria, ágil, económica y justa.

Los medios alternos dispuestos para la solución de conflictos son: negociación, conciliación y mediación, procedimiento abreviado y suspensión de proceso a prueba.

Los principales componentes de la justicia alternativa son:

- Oralidad en el juicio: Que es el principio procesal que de igual manera se encuentra consignado en el sistema acusatorio penal, y otorga la facultad a las partes del proceso, para que el mismo se lleve a cabo de manera inmediata y de manera verbal.

- No ejercicio de la acción penal: Es decir, que no se generan antecedentes penales para la persona que cometió el delito.

- Oportunidad de reinserción para el criminal: Busca en todo momento que la persona que cometió el delito, se reintegre a la sociedad a través de acciones preventivas, en lugar de que se le sancione con una pena privativa de la libertad.

- Reparación del daño de la víctima: Es un principio obligado del sistema acusatorio, la inminente reparación del daño a la víctima del delito, sin este elemento no es viable el mecanismo de justicia alternativa.

- Una ineludible impartición de justicia pronta y expedita.

Asimismo, el Art. 17 constitucional establece que:

Las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en que se requiera supervisión judicial.[10]

Con la finalidad de documentar lo que ha sido la experiencia de nuestro país, desde la perspectiva

del gobierno federal en la implementación de un modelo de justicia alternativa, se presenta un repaso de aquellas acciones que han marcado este proceso y se describen los factores que se consideran claves para su implementación.

En este análisis debe considerarse que en la actualidad México se encuentra inmerso en un proceso de reforma del sistema de justicia penal que inició en el 2008, donde de manera programada los 32 estados del país se encuentran realizando las modificaciones pertinentes para pasar del sistema tradicional (escrito) al sistema de juicios orales.

Analizando tanto el contexto como el rol de los principales actores que han contribuido al avance de este proyecto, se pueden identificar como elementos fundamentales para que al día de hoy, México ya cuente con un "Tribunal de Tratamiento de Adicciones" y tenga en proceso varios proyectos en algunos estados del país, los siguientes:

- Voluntad política de actores clave y la colaboración efectiva entre los diversos niveles de gobierno.
- Redes de trabajo.
- Cooperación Internacional.

Estos tres elementos se encuentran presentes de manera permanente en el desarrollo de este proyecto y fueron clave tanto en los trabajos que antecedieron a la puesta en marcha del primer programa piloto, como en la implementación del mismo y, al día de hoy, continúan siendo fundamentales para impulsar la difusión de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en México.

LOS TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS EN MÉXICO: SUS INICIOS

En materia de reducción de la demanda de drogas, México ha tenido una política muy activa en el contexto internacional; participa en distintos foros, tanto regionales como multilaterales y en especial, guarda una relación muy estrecha dada la vecindad, con los Estados Unidos. El papel de México en foros internacionales no se ha limitado a compartir información y asistencia técnica, sino que ha sido proactivo en la identificación de mecanismos que muestren resultados positivos, que estén basados en evidencia científica y que puedan ser evaluados y adaptados a la realidad mexicana.

El inicio de los trabajos en este tema se enmarca en la búsqueda de nuevos mecanismos que contribuyan a la reducción de la demanda de drogas y que de acuerdo a sus características puedan ser adaptados a la realidad mexicana. Este proyecto surge como una iniciativa del Gobierno Federal derivada de la participación de funcionarios de la Procuraduría General de la República (PGR) y del Sector Salud, en el Primer Foro de Ciudades de Europa, América Latina y el Caribe EU – LAC "Alianza de Ciudades Gemelas en Tratamiento de Drogas", a invitación de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) y de la Unión Europea, durante abril de 2008, en Santo Domingo, República Dominicana. La intención de

este foro fue presentar algunos casos de éxito en los temas de reducción de la demanda de drogas, ya aterrizados y operando en algunas ciudades y promover el "hermanamiento" de las mismas con aquéllas que tuvieran el interés para algún tema. El papel de la CICAD y de la Unión Europea en este foro, consistió en facilitar y destinar recursos para estos "hermanamientos". En esa ocasión, México estuvo presente tanto a nivel federal, con representación de la Procuraduría General de la República y de los Centros de Integración Juvenil, así como a nivel local con algunos representantes de organizaciones de la sociedad civil de Baja California y de la Secretaría de Salud de este estado, quienes presentaron proyectos sobre la atención a personas con adicciones privadas de su libertad. Dentro de la oferta del Foro, se tuvo la oportunidad de participar en el taller "Alternativas de Tratamiento al Encarcelamiento", donde países como Estados Unidos, Canadá, Chile, Bélgica y Brasil, entre otros, hablaron sobre las ventajas del modelo de Cortes de Tratamiento de Drogas y sus experiencias al respecto. Cabe resaltar que, al presentar este esquema los beneficios ya mencionados, así como una nueva perspectiva de vinculación entre el Sector Salud y el Sector Justicia, se identificó como un mecanismo novedoso y con resultados contundentes en la atención del tema delictivo en el que se involucran personas con problemas de adicción.

ETAPA DE EVALUACIÓN A NIVEL FEDERAL

Así, pues, los resultados de esta experiencia se analizaron y se determinó la necesidad de ampliar la información, ya que se presentaba como una herramienta para contribuir a la atención de los problemas derivados de la delincuencia asociada al consumo de drogas, en los que se involucrara también el concepto de la adicción como una enfermedad y se respetara la integridad de la persona. Al conocer los beneficios de este modelo plasmados en diferentes fuentes de información, así como la experiencia derivada del intercambio en Santo Domingo, se instruyó el inicio de los trabajos de un estudio de viabilidad en México.

En este sentido, el Centro Nacional de Análisis, Planeación e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI*) de la PGR, inició un estudio de factibilidad técnico-jurídico en las diversas entidades federativas. Se analizaron dos condiciones:

a) Avance en el sistema de juicios orales: al ser una condición de las Cortes de Drogas, la interacción entre el Juez y el participante, se excluyeron aquellos estados que no contaban con el sistema de juicios orales.
b) Suspensión condicional del procedimiento: La existencia de este factor posibilita la permutación de una pena privativa de libertad por lo que el estudio de factibilidad referido, se llevó a cabo a través de la revisión de los códigos de procedimientos penales de los estados, con el objetivo de analizar las figuras jurídicas que en ellos se contemplan y que permitieran la adecuación del modelo; tales como la oralidad en los juicios y la suspensión del procedimiento a prueba del procesado, que permitiera no realizar reformas largas y engorrosas en los códigos penales para la implementación del modelo.

En el mismo contexto, el CENAPI realizó un análisis de incidencia delictiva a nivel nacional, así como de la relación de ésta, con la incidencia de consumo de drogas, con la finalidad de establecer la relación entre estos dos aspectos, que permitieran motivar la implementación y el desarrollo de estos modelos.

En ese entonces, de acuerdo con datos de 2008 del Sistema Nacional de Seguridad Pública[11] a nivel nacional la comisión de delitos cometidos por personas bajo el influjo de alcohol y/o estupefacientes o con la finalidad de obtener recursos para adquirirlos, alcanzaba un promedio de 60% y más de 50% de estos delitos cometidos, correspondían a delitos no graves, en su mayoría de carácter patrimonial, tales como robo simple, daño en propiedad ajena y otro delitos menores; los cuales son consignados y, en la mayoría de los casos, se dicta auto de formal prisión, remitiéndolos en consecuencia a prisión preventiva. Los datos mostraron que la mayoría de estos consignados son primo delincuentes. Lo anterior, impacta directamente en la situación penitenciaria, toda vez que contribuye a la sobrepoblación de los centros penitenciarios.

También se estudió la relación entre la incidencia delictiva y el índice de sobrepoblación penitenciaria a nivel nacional y por entidades federativas; con el objeto de justificar el impacto de la primera en la situación penitenciaria, y de cómo el problema del consumo de drogas se recrudece al interior de las prisiones, en razón del promedio de tiempo que se emplea para dictar una sentencia, además del tiempo que dura la compurgación de la pena impuesta.

En este sentido, para el año 2009, a nivel nacional 94.88% de los presos consumieron drogas, es decir, de los 224,749 reos que había en las 431 cárceles del país, 213,242 consumieron drogas. De igual manera el delito que presentó el porcentaje más alto de internos con dependencia a alguna droga a nivel nacional (más de 50%), es el robo (simple y con violencia). Asimismo, 41% de los internos no habían sido sentenciados; lo que impide que formen parte de alguno de los programas de reinserción al interior de las prisiones.

En el ámbito de salud, el entonces Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud Federal, realizó un estudio sobre las capacidades para el tratamiento de adicciones en cada estado. Adicionalmente se analizaron los datos de las Encuestas Nacionales de Adicciones, los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y alguna información recopilada por los Centros Estatales contra las Adicciones. Este conjunto de información junto con el análisis jurídico realizado, determinó que el estado de Nuevo León, contaba con las condiciones más adecuadas para ser candidato a implementar el "Primer Programa Piloto" del modelo de Cortes de Drogas.

Así pues, en enero de 2009 se presentó el proyecto al Ejecutivo del estado de Nuevo León, instancia que reconoció las ventajas del proyecto e instruyó a su Procurador General de Justicia, para coordinarlo al interior del estado y a su vez, actuar como enlace con el Gobierno Federal para el desarrollo del mismo.

Fue en esta etapa donde se hizo evidente la importancia de contar con la voluntad política y la sensibilidad de las autoridades para impulsar esquemas novedosos. Sin este impulso, soportado por todo un trabajo previo de análisis, hubiese sido mucho más complicado el avance.

Los resultados de los análisis tanto en el ámbito de justicia como en el de salud, justificaron por sí mismos ante las autoridades correspondientes la viabilidad de estos esquemas. Los datos mostrados evidenciaron la necesidad de atender de una manera distinta la relación existente entre el consumo de drogas y la comisión de delitos; así como la problemática que enfrentan los procedimientos en los tribunales (lentitud, dilatación y costos), el aumento de la incidencia delictiva y el efecto de reincidencia, además de reconocer que el modelo adversativo no es la solución a la luz de nuevas tendencias no adversariales y más conciliatorias.

De aquí la recomendación de realizar un trabajo minucioso de las condiciones en las que se pretende implementar estos proyectos y de asegurarse de contar como aliados a todas las autoridades responsables de la implantación, para que se conviertan en promotores convencidos y con suficientes herramientas técnicas para la defensa del mismo.

ETAPA DE DISEÑO

Redes de trabajo entre el nivel federal y el nivel local

Al inicio de 2009 se iniciaron los trabajos para la implementación del Primer Programa Piloto. Se integró un grupo de trabajo multidisciplinario coordinado por la Dirección Ejecutiva de Reducción de la Demanda de Drogas del CENAPI de la PGR, con la participación de funcionarios federales del Sector de Justicia y del Sector Salud. Por el gobierno de Nuevo León participaron funcionarios del Tribunal Superior de Justicia, Procuraduría General de Justicia, Instituto de Defensoría Pública, Secretaría de Salud y Secretaría de Seguridad Pública. Es importante señalar que gran parte del éxito del proyecto fue resultado del ánimo de cooperación y responsabilidad profesional que privó en este grupo.

Esta experiencia de trabajo entre el gobierno federal y el gobierno de un estado con filiaciones políticas distintas, así como el esfuerzo ordenado y el trabajo comprometido de las diferentes instancias, fue ejemplar. Además, la experiencia del grupo de trabajo entre personas con responsabilidades y formación académica muy distintas fue altamente enriquecedora para el proyecto. La multiplicidad de visiones permitió ampliar el panorama general del mismo. Se establecieron reuniones periódicas en las que cada involucrado tenía tareas específicas a resolver, desde análisis puntuales sobre cuestiones jurídicas, como el estudio de metodologías de tratamiento para identificar aquél que mejor se adaptara a las necesidades del modelo y a los recursos con que se contaba, entre otros. Por su parte el gobierno federal establecía vínculos y negociaba apo-

yos externos para la realización de visitas a Cortes de Drogas en el extranjero y asistencia técnica para el grupo involucrado. Cabe señalar que los titulares del gobierno de Nuevo León y de la PGR, siempre estuvieron en conocimiento de los avances y necesidades del proyecto, brindando todo el apoyo necesario para continuar con el desarrollo del mismo.

VISITAS INTERNACIONALES, ASISTENCIA TÉCNICA Y RECURSOS

Otra parte fundamental para la implementación del primer modelo de Cortes de Drogas en México fue, sin duda, la cooperación internacional con que se contó en ese momento y la que, al día de hoy, continúa de manera efectiva. En su momento, el grupo de trabajo tuvo la oportunidad de contar con la colaboración de la CICAD, a través de la invitación a los seminarios del proyecto EU-LAC, especializados en el tema y realizados en Santiago de Chile y en Gante, Bélgica, en el 2009, donde se tuvo la oportunidad de visitar sus cortes y sobre todo, de interactuar con los responsables de los programas en cada país. Es de destacar la total apertura y disposición de los especialistas involucrados en este tema para compartir información y ofrecer asistencia técnica. Adicionalmente, a través del Gobierno de los Estados Unidos, del Departamento de Estado a través de la Embajada en México, se gestionaron visitas a diferentes Cortes de Tratamiento de Drogas y proveedores de tratamiento en San Diego, California y San Antonio, Texas, donde se observaron los procedimientos precisos y se tuvo contacto directo con los profesionales a cargo del tema. Es de destacar también, que en ese entonces se inició la relación, hasta hoy muy fructífera, con la Asociación Nacional de Profesionales de Cortes de Drogas a través de la asistencia y participación en sus reuniones anuales y del apoyo de sus expertos.

Cabe mencionar el especial interés y apoyo para la implantación de las Cortes de drogas en México, que desde el inicio de este esfuerzo manifestó la Oficina Nacional de Políticas de Control de Drogas (ONDCP, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos; brindando todos los apoyos e incluso, haciendo mención de los avances de México en este tema en diferentes foros políticos.

ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

De esta manera después de diversas reuniones de trabajo, participación en congresos a nivel internacional y diversas jornadas de capacitación por expertos internacionales, se desarrolló el esquema para la implementación del Programa Piloto "Juzgado Especializado para el Tratamiento de Adicciones" en Nuevo León.

El grupo de trabajo involucrado desarrolló manuales de procedimiento y estrategias de atención para todo el proceso, desde la parte de identificación de candidatos, para la parte de las audiencias, como para el tratamiento mismo.

Como parte de la cooperación con el gobierno de los Estados Unidos, el gobierno federal gestionó que la NADCP enviara a seis expertos norteamericanos, jueces y especialistas en tratamiento, para que es-

tuvieran durante una semana en Monterrey, N.L., capacitando a todo el personal del primer modelo de Cortes de Drogas en México.

La Secretaría de Salud Federal, a través del Secretariado Técnico de CONADIC durante 2009, proporcionó recursos a la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León para el fortalecimiento de la infraestructura de tratamiento, con el fin de contar con instalaciones adecuadas para la atención de las personas que ingresaran al programa, además de asignar personal especializado para el mismo.

Así pues, el primer Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, como se le denomina en Nuevo León, comenzó a operar como programa piloto en septiembre de 2009 en el municipio de Guadalupe, dentro de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Este juzgado opera bajo la figura de un Juez de preparación del juicio oral penal, dotado de competencia por un acuerdo del Pleno del Tribunal Superior de Justicia.

SITUACIÓN ACTUAL (2012)

El papel del Gobierno Federal, a través del liderazgo de los actores políticos bien informados, toma nuevamente relevancia en estos momentos. La Comisión Nacional contra las Adicciones, cuyo titular fue designado a través de nombramiento presidencial en enero de 2011, para fortalecer todas las acciones de reducción de la demanda desde el gobierno federal, encabeza la promoción de los beneficios de los Tribunales o Cortes de Tratamiento de Dogas en otros estados del país. Así pues, en aquellos estados que han avanzado con la reforma en materia de justicia oral, la Comisión promueve acercamientos entre los sectores de salud y de justicia con el fin de dar a conocer este modelo como un mecanismo efectivo de reducción de la demanda de drogas, Así pues, Baja California, Chiapas, Morelos y el Distrito Federal se encuentran analizando la viabilidad del programa, mientras que el Distrito Federal incluso ha realizado modificaciones a su Código Penal para poder iniciar la implementación de este programa.

Cabe mencionar que adicionalmente la CONADIC, se ha encargado de fortalecer los vínculos de cooperación internacional, lo que permite contar con importantes aliados para seguir impulsando este esfuerzo. El tema de los Tribunales de Tratamiento de Drogas ha crecido en importancia también al interior de los organismos internacionales que atienden temas relacionados con el fenómeno de las drogas o específicamente temas de reducción de la demanda de drogas, quienes son los principales promotores de los mismos. Al día de hoy, la iniciativa de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas es coordinada por la Sección de Fortalecimiento Institucional y Programas Integrales de la CICAD, con el financiamiento de los gobiernos de los Estados Unidos, Canadá y Trinidad y Tobago, así como las contribuciones de los Estados miembros que llevan a cabo proyectos piloto, como es el caso de México. En los últimos dos años, la CICAD ha invitado a nuestro país a compartir su experiencia en distintos foros en Argentina, Costa Rica, Was-

hington, D.C., entre otros con el fin de presentar ante los países que inician los retos que ha implicado este esfuerzo. Asimismo, se ha contribuido en la elaboración de publicaciones especializadas y diagnósticos regionales sobre este tema con la CICAD, donde se evaluaron los avances realizados en el tema de "Alternativas de tratamiento al encarcelamiento" en diversos países del continente americano.

A nivel multilateral, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito (ONUDD) cuenta con una Oficina Regional en México, la cual colabora con la CONADIC para difundir este esquema en otros estados del país y, de manera muy especial, con el Distrito Federal a quien ha apoyado con asistencia técnica en temas de justicia alternativa. Cabe mencionar que el pasado marzo de este 2012 en Viena, Austria, durante el 55° Periodo de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes de la ONU, México, a través de la CONADIC y la Secretaría de Relaciones Exteriores, presentó el proyecto de Resolución "Medidas sustitutivas del encarcelamiento como estrategias eficaces de reducción de la demanda de drogas que promueven la salud pública y la seguridad pública", el cual fue votado y aprobado. Lo anterior con el fin de impulsar este mecanismo como una estrategia exitosa, cuya efectividad tanto en la disminución de la reincidencia delictiva como método de tratamiento para la adicción a las drogas, ha quedado bien establecida a través de evidencia científica.

Es importante comentar también que México, a partir de este 2012, forma parte de la Asociación Internacional de Cortes de Drogas y que la presencia de nuestro país en los foros de la NADCP contribuyó a que, desde 2009, se cuente con sesiones de habla hispana dentro de su Congreso Anual.

Finalmente cabe destacar que actualmente este tipo de programas se enfrenta con la complejidad de no contar con recursos suficientes; es necesario contar con planes de trabajo bien estructurados y soportados desde los niveles más altos de decisión para dotar a los estados de recursos para infraestructura, capacitación, asistencia técnica, desarrollo de estrategias de reinserción y seguimiento.

Es importante mencionar que también hay otras asignaturas pendientes; es indispensable establecer vínculos con instituciones académicas que puedan proponer proyectos de investigación y generar evidencia científica local que respalde todo el trabajo que se realiza. También es necesario abrir espacios dentro de la sociedad civil que permitan difundir los beneficios de estos esquemas y que puedan respaldar esfuerzos posteriores en este tema para así contar con el soporte de la opinión pública. Aún hay mucho trabajo por hacer, pero México ha iniciado su camino en la implementación de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones, deberemos de lograr la conjunción de todos los factores mencionados, para que en unos años, este tipo de programas permee en el territorio de nuestro país, con los consecuentes beneficios para nuestra población.

REFERENCIAS

1. Tribunales de Drogas: Elementos clave. Departamento de Justicia de los EE.UU. Oficina de Programas Judiciales. Oficina de Programas de Tribunales de Drogas; 1997.
2. Brumbaugh AG. Why Drug Courts Work, Stillpoint Press of Santa Barbara, 1994. Disponible en: http://www.stillpointpress.com/drugcrts.htm
3. Huddleston W, Marlowe, D. El panorama actual: Un informe nacional sobre los tribunales de drogas y otros programas de tribunales de resolución de problemas en los Estados Unidos. National Drug Court Institute; 2011.
4. National Association of Drug Courts Professionals [Sede Web]. Types of Drug Courts. [acceso 10 de Agosto 2012]. Disponible en: http://www.nadcp.org/learn/what-are-drug-courts/types-drug-courts
5. Berman G, Rempel M, Wolf R. Documenting Results. Research on problem solving justice. A Collection from the Center for Curt Innovation. Ed. Center for Court Innovation, New York, NY: 2007.
6. Wolf R. Problem-Solving Justice in NY. New York State Unified Court System. Office of Court Administration. New York, NY: 2008
7. National Association of Drug Courts Professionals [Sede Web]. International Association of Drug Treatment Courts. [acceso 16 de Agosto 2012]. Disponible en: http://www.nadcp.org/partner/iadtc
8. Marlowe D. Research Update on Adult Drug Courts. National Association of Drug Court Professional. 2010. Disponible en: http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/ResearchUpdateonAdulDrugCourts-NADCP_1.pdf
9. Cuadra J. Medios alternativos de resolución de conflictos. Suprema Corte de Justicia de la Nación. México. Disponible en: www.scjn.gob.mx/transparencia/lists/becarios/attachment/134/becarios_134.pdf
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf
11. Informe del Sistema Nacional de Seguridad Pública, Secretaría de Seguridad Pública, 2008.
12. Establecimiento de Tribunales de Tratamiento de Drogas: Estrategias, Experiencias y Resultados Preliminares Vol. 1 y 2. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas, 2010.
13. Resolución E/CN.7/2012/L.15 Estados Unidos de América y México: Medidas sustitutivas del encarcelamiento como estrategias eficaces de reducción de la demanda de drogas que promueven la salud pública y la seguridad pública, aprobada durante el 55° periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, Viena, 12 a 16 de marzo de 2012.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

VIII.

Puntos de encuentro entre salud y justicia para infractores dependientes de drogas. El caso de los tribunales de tratamiento de drogas desde un enfoque hemisférico

Antonio Lomba Maurandi*

* Gerente del Programa de Tribunales de Tratamiento de Adicciones,
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-Organización de los Estados Americanos.

CONSIDERACIONES INICIALES

El surgimiento, establecimiento y desarrollo de los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD)[†] en las Américas, que brindan servicios de tratamiento bajo supervisión judicial como alternativa a la privación de la libertad para infractores dependientes de drogas es, sin duda, un fenómeno que no puede pasar desapercibido, ni dentro de los propios países, ni a la comunidad internacional.

Más allá del modelo en sí, cuyas características describiremos en este capítulo, la experiencia de los TTD pone de manifiesto la necesidad de buscar sinergias entre distintos sectores, entre los que destacamos salud y justicia, pero que por la materia que tratan, convocan la participación de otros ámbitos competenciales (por citar algunos: servicios sociales, penitenciarios, interior –seguridad interna–, y el propio Poder Ejecutivo). Pero, además, del concurso de los distintos Poderes, el éxito del modelo de los TTD hace necesaria la simultaneidad de esfuerzos en otras jurisdicciones sociopolíticas, produciéndose una sinergia que a través de un constante diálogo multisectorial, se expresa tanto a nivel municipal, como regional, nacional e internacional.

En esencia, los TTD son tribunales ordinarios en los que se contempla la suspensión del procedimiento judicial para derivar casos de infractores dependientes de drogas, que han cometido un delito menor, de forma que reciban tratamiento en lugar de una pena que incluya reclusión. Este proceso se lleva a cabo durante un periodo determinado de tiempo (nueve meses en general), y en el que el/la juez/jueza se implica directamente realizando una labor de supervisión directa en colaboración con un equipo interdisciplinar (profesionales del ámbito de la salud y de la justicia). Los TTD precisan de una muy intensa supervisión judicial, que se lleva a cabo a través de audiencias periódicas, y en coordinación con un equipo jurídico y sociosanitario. El modelo funciona bajo el esquema de sanciones e incentivos a través de los que se busca fomentar la adherencia del participante al programa.

Desde que surgiera el primer tribunal de esta naturaleza en los Estados Unidos de América a finales de los años ochenta, el modelo ha dejado una impronta nada desdeñable. En aquellos países donde el modelo se ha evaluado, existe además –y sobre todo– evidencia científica[1] que nos demuestra no sólo su utilidad, sino su éxito en cuanto a resultados e impacto. Más adelante veremos lo que esto significa en cuanto a su aplicación y viabilidad en otros países.

Este tipo de tribunales ya existe en países como Irlanda, Reino Unido, Bélgica, Australia, Nueva Zelanda, Noruega. En el Hemisferio Americano, y a parte de en los Estados Unidos, encontramos que el modelo se encuentra en distintas fases de desarrollo en Chile, Canadá, Jamaica, Brasil y México, además de en las Islas Caimán y en Bermuda.

A continuación nos centraremos en definir conceptualmente lo que este modelo significa, lo que persigue, y los motivos por los que un número cre-

[†] Drug Courts en Estados Unidos de America.

ciente de países ha venido considerando su adopción. En el momento en que se escribe este capítulo, y gracias a una acción internacional coordinada por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (OEA), varios países de la región están explorando su viabilidad y, en ocasiones, su expansión a otras jurisdicciones territoriales. Éste es el caso de Argentina (provincias de Buenos Aires y de Salta), República Dominicana, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Trinidad y Tobago, Barbados, y Jamaica (en el apartado de "la importancia de la cooperación internacional" se detallarán algunos aspectos de este proceso).

A lo largo de este capítulo también haremos referencia a algunas de las controversias que este modelo genera, así como algunos de los retos a los que se enfrenta. Desde la experiencia del ensayo exploratorio y debate de esta propuesta judicial en un número creciente de países, daremos un repaso al fenómeno de los TTD en las Américas, y la importancia del papel que ciertas instituciones nacionales e internacionales juegan en su desarrollo. Por último, hablaremos de la necesidad de poner a prueba el modelo, y para ello examinaremos una serie de variables que nos sirven para evaluar su éxito o fracaso. Y lo haremos recordando que los TTD no son ni pretenden ser la solución a todos los problemas y, sobre todo, que no constituyen una puerta de vía única, sino que se complementan y deben coexistir con una serie de políticas públicas y estrategias integrales que permitan encuadrar el modelo dentro de una visión necesariamente multidimensional de búsqueda de alternativas al encarcelamiento bajo supervisión judicial para infractores dependientes de drogas en un marco de respeto de sus derechos humanos.

CUSUALIDAD EN LOS TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

Vayamos por partes y empecemos por identificar las causas de la existencia de los TTD. Y hagámoslo desde la perspectiva de la búsqueda de soluciones alternativas ante un problema común, el escaso éxito cosechado a través de los modelos tradicionales para personas infractoras de la ley penal que son dependientes de drogas. Para ello analizaremos también algunas de las hipótesis sobre las que se sostiene el modelo de los TTD, y el marco teórico que lo fundamenta.

Aunque no posible establecer una relación directa o causal entre consumo de drogas y delito (para ser más claro, ser consumidor no implica necesariamente ser delincuente o infractor de la ley), gran parte de los delitos (como los delitos contra la propiedad por ejemplo) son cometidos por personas que tienen un problema de dependencia de drogas.[‡] Dicho de otra manera, no todas las personas que usan/abusan de sustancias psicoactivas cometen algún tipo de delito. Sin embargo, existe una asociación entre ambas circunstancias que se manifiesta en el hecho de que una importante proporción de las personas que comenten delitos, son consumidores de alguna sustancia. Por otro lado, se sabe que el uso de drogas entre la población que

[‡] Estudio Comparativo sobre la "Relación Droga y Delito en Adolescentes Infractores de la Ley". Informe de 2012 elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito UNODC, la Comisión Interamericana para el Control del abuso de drogas CICAD/OEA y el Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Colombia, Perú y Uruguay.

comete delitos, ocurre con una frecuencia muy superior al de la población general. Más adelante veremos algunos ejemplos de esta situación.

Si aceptamos esta premisa y posible relación delito-drogas, y observamos cómo se está dando respuesta a este segmento de la población afectada por esta circunstancia, y me disculpan la agrupación sociodemográfica fácil, que no gratuita, por el perfil de personas infractoras y dependientes de drogas, alguien podría decir que nos invade una aparente y crónica pandemia político-institucional carente de soluciones reales y concretas ante problemas bien definidos y delimitados por esta relación.

El origen es bien simple: se buscan alternativas porque no se está satisfecho con los resultados obtenidos en modelos tradicionales de abordaje. Es decir, el infractor dependiente de drogas que va a prisión, vuelve al cabo del tiempo por la misma puerta por la que entró a la vía penal, sin haber resuelto o tratado su problema real, el de la dependencia de drogas, que entraña básicamente un trastorno de salud que no recibe la atención correspondiente, sino una "solución penal" a través de la que pierde su libertad.

En esta historia, como en otras muchas, se trata de una moneda con dos caras, una no muy alentadora (i.e., *status quo*), y otra que desde una postura "inconformista" busca soluciones alternativas. Espero que la lectura de este artículo al menos nos lleve a una reflexión ante ambas realidades.

La foto del *status quo* nos muestra un "paciente" con algunos síntomas evidentes:

1. Sistemas penitenciarios abarrotados y de justicia masificados.
2. Población infractora dependiente de drogas que no parece salir del círculo vicioso del delito (y menos aún del consumo).
3. Falta de soluciones institucionales efectivas (necesariamente basadas en evidencia científica) ante un problema que afecta al bienestar de los ciudadanos –consumidores, familiares y allegados, y resto de la ciudadanía que se desayuna y cena con fotografías e historias grotescas sobre los efectos del consumo en las calles, escuelas, entornos laborales, parques, etc.– que, en definitiva, demuestra una inasimilable resistencia e incapacidad de comprender y mucho menos rehabilitar al individuo infractor dependiente de drogas. Está claro que ni el sistema sanitario ni el judicial por sí solos estén dando una solución satisfactoria al problema. No sólo no se da respuesta a algo que podría ser una obligación moral además de un derecho, el derecho a la salud, sino que al no hacerlo, se está dando la espalda a una necesidad que desde el punto de vista de la salud pública, debería ser una prioridad para el desarrollo del sistema de bienestar.
4. La inaudita insistencia en seguir financiando un sistema que además de no ofrecer una solución al problema y a sus determinantes, tampoco resulta rentable desde el punto de vista del retorno a la inversión (mantenimiento de unos costos de encarcelamiento muy superiores al costo de

restituir la salud de la persona tratando su enfermedad). Y por último

5. La incapacidad de reintegrar o integrar al individuo a la comunidad, impidiéndole recuperar su dignidad que, en definitiva, es inherente a los seres humanos.

Hagamos un paréntesis ahora para revisar el perfil característico de las personas a las que nos referimos y que constituyen la población objeto dentro de este programa de "tratamiento como alternativa a la prisión". Sabemos que los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas son enfermedades crónicas y recurrentes. Éstas presentan entre sus rasgos clínicos característicos, y aunque con variaciones dependiendo de las circunstancias (entre ellas el tipo de sustancia y la vía de administración), la pérdida del control sobre el consumo, pudiendo llegar a la necesidad compulsiva de administrarse la sustancia. Por lo tanto, no nos ha de sorprender que el infractor dependiente de drogas, como expresión sintomática de su trastorno de base, esté abocado a cruzar repetidas veces el umbral de la prisión.

Esta realidad descrita anteriormente, se hace más evidente en aquellos modelos de enfoque más punitivo o moralista, cuya orientación busca tratar el problema de la dependencia cuando el individuo entra en prisión. Dicho esto es necesario subrayar además el alto índice de consumo que se registra entre la población carcelaria. Los ambientes penitenciarios no necesariamente están "libres de drogas". De hecho, una alta proporción de las personas privadas de libertad consumen drogas en el interior de la prisión.

Según indica el *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*,[§] en Estados Unidos aproximadamente 70% de los individuos en prisiones estatales y cárceles locales usan drogas de forma regular, comparado con 9% aproximadamente en la población general. Otros estudios además nos dicen que de ese 70%, cerca de 35% son consumidores problemáticos.[‖] Afirmábamos al principio que el consumo de drogas es mucho mayor entre quienes han cometido delito, que en la población general. Estos son algunos datos adicionales que nos arrojan otros estudios:[¶] en Argentina, seis de cada diez personas privadas de libertad consumieron alguna vez alguna droga ilícita, dos de cada diez en población general; en Chile 83% de la población penal usó marihuana alguna vez en la vida; en Colombia, 38% de la población penal declaró haber usado drogas ilegales alguna vez en la vida; en Ecuador, 34% de las personas recluidas había consumido alguna droga ilícita, alguna vez, antes de su ingreso a los Centros de Rehabilitación Social; en Uruguay: 80% de la población privada de libertad ha experimentado alguna vez con drogas ilegales. Sin embargo, menos de una quinta parte de los infractores dependientes de drogas reciben de hecho tratamiento para este problema.

Menos de una quinta parte de los infractores dependientes de drogas reciben de hecho tratamiento.

[§] http://archives.drugabuse.gov/newsroom/06/NR7-24.html (última consulta 10 de julio de 2012)

[‖] *Behind Bars II: Substance Abuse and America's Prison Population. The National Center on Addition and Substance Abuse at Columbia University*. http://www.casacolumbia.org/templates/PressReleases.aspx?articleid=592&zoneid=79 (Última visita el 10 de febrero de 2012)
PrisonJusticeCa, Facts and Statistics http://www.prisonjustice.ca/politics/facts_stats.html (Última visita el 9 de febrero de 2012).

[¶] Fuente: CICAD/UNODC, 2010 «Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga»

NIDA nos recuerda también que "*no tratar a las personas dependientes de drogas dentro del sistema judicial,** contribuye al mantenimiento del ciclo continuo de abuso de drogas y delito. No tratar adecuadamente el abuso de sustancias supone un importante coste añadido a las comunidades, en cuanto al número de delitos violentos y de propiedad, gastos penitenciarios, costos en los tribunales y en el sistema penal en general, gastos en las salas de urgencia de los hospitales, abuso y negligencia con la población infantil, así como pérdida de custodias en ese mismo ámbito, gastos en la seguridad y en el sistema social en definitiva, baja productividad, desempleo, y victimización*".

No se trata tan sólo de qué tanto los sistemas de justicia como penitenciarios de la gran mayoría de los países del mundo se encuentren saturados y que en los centros de reclusión se consuma drogas. El mayor problema radica en que cuando el infractor dependiente arrestado comparece ante la justicia, ya ha pasado por las puertas de la justicia en varias ocasiones, regresando a ella cada vez por delitos similares. La solución tradicional de enviar al infractor a prisión, o remitirlo a un centro de tratamiento sin luego darle el seguimiento requerido, no parece solucionar el problema: se produce lo que se ha dado en llamar efecto de *revolving doors*.[2]

Nos referíamos también a los costes. Ese tema bien nos podría exigir la edición de un capítulo separado. Sólo por arrojar algunas cifras mencionaremos que el costo total del uso de drogas ilícitas en Estados Unidos fue de 193 mil millones[††] de dólares en el año 2007. De estos, más de 61 mil millones de dólares fueron costos relacionados con el delito: sistema judicial y víctimas del delito. Este costo se incrementaría si se incluyera la pérdida de productividad.[‡‡]

Por otra parte, son varios los estudios que nos muestran los beneficios económicos de estos tribunales a nivel local. En EE.UU. se estima entre 3,000 y 12,000 dólares por participante.[3,4]

MARCO CONCEPTUAL E HIPÓTESIS SOBRE LAS QUE SE SOSTIENE EL MODELO

Es importante situar los TTD dentro del marco teórico de la Justicia Terapéutica. En ella se hace referencia al Derecho concebido como un agente terapéutico, refiriéndose no sólo a la ley escrita, sino a la ley en su aplicación diaria. Pese a que la Justicia Terapéutica surge inicialmente desde los ámbitos del Derecho y de la Salud Mental, en la actualidad es de aplicación a otros ámbitos jurídicos, entre ellos el de los tribunales de tratamiento de drogas.[5] En este contexto, la justicia actúa como agente de cambio (para personas infractoras dependientes de las

** Entenderíamos que el sistema judicial en este contexto se refiere a personas que han entrado a juicio y han ido a prisión. En varios de los países del Hemisferio el sistema judicial se refiere exclusivamente al proceso.

†† La referencia original es de billones (en Estados Unidos). Cambio hecho de 1 billón = mil millones.

‡‡ Fuente: Departamento de Justicia de Estados Unidos (2011):"*El Impacto Económico del Uso de Drogas Ilícitas en la Sociedad Americana*".

drogas). Dentro del área de la justicia penal, la Justicia Terapéutica (TJ por sus siglas en inglés) contempla un marco de actuación tripartito[§§],[6] en el que se observa cómo la ley y los actores legales operan terapéuticamente (o anti-terapéuticamente). Dentro de ese marco, como nos recuerda Wexler, se destacan tres figuras de referencia: el marco legal (normas y procedimientos que operan en una jurisdicción); la disponibilidad de servicios de tratamiento; y las prácticas y técnicas (refiriéndose al papel de los distintos actores y su comportamiento). A diferencia de un modelo tradicional contencioso y punitivo de la justicia,[7] en el modelo de la justicia terapéutica[||||] se hace énfasis en la utilización de la figura del juez como un agente de cambio para la recuperación del individuo infractor y dependiente de drogas.

Resulta interesante que pese a que debería ser el marco de la Justicia Terapéutica en donde debería darse el debate para la creación de los TTD, sea sin embargo en el marco de la Justicia Restaurativa –que se centra en medidas de compensación a la víctima que ha sufrido el delito– en donde se debate la viabilidad del modelo de los TTD en países como Costa Rica o República Dominicana. En cualquier caso, una discusión centrada en el infractor, y otra en la víctima, parecen ir de la mano en este debate.

Para entender y definir los TTD y diferenciarlos de otros modelos, es necesario revisar los principios en los que se fundamentan. Estos principios (*key components*), dependiendo de la fuente que se consulte, pueden ser diez[¶¶] o trece.*** Estos son:

1. Existencia de un sistema integrado de justicia-sanidad.
2. Enfoque no contencioso (*adversarial*)-colaboración entre juez, fiscal y abogado defensor.
3. Identificación pronta del caso, elegibilidad, y asignación de un programa.
4. Acceso a un continuo de servicios de tratamiento y rehabilitación.
5. Monitoreo de acuerdo con el cumplimiento de estándares establecidos para el tratamiento del abuso de sustancias.
6. Sistema de sanciones e incentivos.
7. Interacción constante del magistrado.
8. Sistema de seguimiento y evaluación instalado.
9. Existencia de un programa de evaluación,
10. Participación de la comunidad en el proceso.
11. Adecuada gestión de los casos.
12. Flexibilidad en el programa, enfoque individualizado, "caso a caso".
13. Existencia de una estrategia de rehabilitación.

§§ David B. Wexler (2005). A Tripartite Framework for Incorporating Therapeutic Jurisprudence in Criminal Law Education, Research, and Practice, 7 Fla. Coastal L. Rev. 95.
|||| www.therapeuticjurisprudence.org (última visita 8 de julio de 2012).
¶¶ National Association of Drug Court Professionals. (1997). *Defining Drug Courts: the Key Components*. Disponible en: www.nadcp.org
*** Algunos autores e instituciones (Canadá, o la *International Association of Drug Treatment Courts -IADTC*) hacen referencia a 13 elementos en lugar de los 10 que se utilizan en los Estados Unidos.

El modelo se sostiene sobre la hipótesis siguiente: Cuando éste se aplica correctamente, se obtienen los siguientes logros:[†††]

1. Una menor reincidencia en el delito.
2. Una disminución en los índices de recaída en el consumo de drogas.
3. Una reducción de la población penitenciaria.
4. Un mayor grado de reintegración social del individuo infractor-dependiente a la sociedad; y por último.
5. Un ahorro para el Estado –en términos de costo-beneficio– , tanto en el ámbito de la salud pública, como en el sector judicial en sí mismo.

Estos cinco resultados (*outcomes*) son en general la base para la identificación de los indicadores contra los que se mide el impacto de los TTD.

Al observar el modelo nos podríamos hacer varias preguntas. En la mayor parte de los países que lo incorporan, estas preguntas apuntan a una misma dirección. *¿Cuál es el impacto que tienen los TTD en la reducción de la incidencia en el delito*? Dentro del contexto de la investigación sociológico-política, existirían obviamente otras posibles variables dependientes (fenómeno que se pretende estudiar), de acuerdo con quién hace la pregunta y por qué. Si el modelo se observa desde la perspectiva sanitaria, la pregunta sería ¿cuál es el impacto que tienen los TTD en la reincidencia en el consumo? Otras lentes centrarían el debate en el impacto en la población penitenciaria, aunque éste podría también ser un indicador de la pregunta dirigida a incidencia en el delito; o en el los costos; o en la estructura familiar; o en la seguridad ciudadana. Incluso en aquellos casos en los que el participante del modelo (infractor dependiente) no acaba con éxito el programa, se puede observar una mejora entre éste y su entorno familiar que de otro modo no se habría dado, con lo que la evaluación del modelo sin duda debería incluir indicadores no convencionales en este sentido. En el apartado de evaluación hablaremos de estas variables y de algunos de los indicadores de uso.

LA IMPORTANCIA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Son varios los esfuerzos internacionales que se han realizado en la última década para la promoción de este modelo judicial. Destacaremos dos en particular, el primero liderado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC),[‡‡‡] mediante el que varios países iniciaron un proceso exploratorio, y el liderado por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).[§§§] En el hemisferio americano, y como resultado de algunos de estos esfuerzos, varios países lograron iniciar proyectos piloto de esta naturaleza a principios de los años 2000 (e.g., Chile o Jamaica). En el momento de redactar este capítulo, la SE/CICAD es la única organización internacional que de forma integral, y con un enfoque hemisférico, está apoyando a aquellos países que quieren consolidar, o explorar la aplicación del modelo.

[†††] http://www.nadcp.org/learn/facts-and-figures (última visita 20 mayo 2012)

[‡‡‡] United Nations Office on Drugs and Crime. (2005). *Drug Treatment Courts Work.* Available: http://www.unodc.org/pdf/drug_treatment_courts_flyer.pdf and informal expert working group On Drug treatment courts Vienna 1999 http://www.unodc.org/pdf/lap_report_ewg_casework.pdf (última visita 15 de mayo de 2012)

[§§§] http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/main_spa.asp (última visita 25 de mayo de 2012)

A partir de 2008 la SE/CICAD empezó a trabajar activamente en programas destinados a la promoción de alternativas de tratamiento al encarcelamiento bajo supervisión judicial para infractores dependientes de drogas, ya sea mediante la organización de foros informativos y de reflexión, así como a través de talleres prácticos para analizar la viabilidad de los TTD en determinados países (Santo Domingo 2008, Santiago 2009, Gante 2009).[||||||] De hecho, México coincidió iniciar el proceso exploratorio que culminó en la puesta en marcha del primer proyecto piloto en Monterrey (Nuevo León), tras haber participado en el Foro de Santo Domingo, coincidentemente con el inicio del proceso de reforma del sistema de justicia penal en el país, mediante el cual se establecieron por ejemplo juicios orales.

Por otra parte, y ya a nivel hemisférico, el desarrollo y la promoción de esta modalidad judicial recibe un espaldarazo muy importante a partir de su incorporación en la Estrategia Hemisférica sobre Drogas aprobada por la CICAD en 2010:[¶¶¶]

"*Es necesario explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad*".

Este artículo, así como otros de la estrategia relacionados y concordantes, fueron incorporados para su efectiva puesta en marcha en el plan de acción[****] de la Estrategia, que subraya la importancia de "*considerar la posibilidad de adoptar las medidas necesarias con miras a permitir alternativas a la prosecución penal o privación de libertad a los infractores de la ley penal dependientes de drogas; y promover el estudio de otros programas que faciliten el tratamiento, la recuperación y la reinserción social de infractores de la ley penal dependientes de drogas*".

Es así que tras la aprobación de la Estrategia, la Comisión, en su cuadragésimo octavo periodo ordinario de sesiones diciembre de 2010, consideró y adoptó un programa integral específico para la promoción de los tribunales de tratamiento de drogas (TTD). El programa recibió inicialmente el interés de varios países del hemisferio: Argentina, Costa Rica, República Dominicana, Jamaica, Trinidad y Tobago, Bahamas, Barbados, Suriname, y posteriormente en 2011,[††††] Panamá y El Salvador. A lo largo del 2011, se llevaron a cabo diversas actividades de sensibilización, estudios de viabilidad, y talleres formativos para la puesta en marcha de proyectos piloto en varios de estos países.

[||||||] EU-LAC Drug Treatment City Partnerships program. www.eulacdrugs.org. Proyecto Coordinado por la CICAD y financiado por la Comisión Europea (última visita 20 de junio de 2012)

[¶¶¶] Estrategia Hemisférica sobre Drogas. Aprobada y ratificada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en mayo de 2010. Artículo 22. http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/strategy_2010_eng.asp

[****] Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015 (Mayo 2011) OBJETIVO No. 7. Acciones.

[††††] A raíz de la reunión de la CICAD 50 celebrada en Buenos Aires en noviembre de 2011

Desde que el primer TTD se estableciera en Miami, Florida en 1989, bajo la coordinación y dirección del juez asociado Hon. Herbert Klein, y a lo largo de más de dos décadas, el modelo ha sido estudiado, cuestionado y evaluado por distintas instituciones, agencias y centros de investigación.

De acuerdo con el *National Institute of Justice* (NIJ),[‡‡‡‡] en diciembre de 2011 existían en los Estados Unidos de América un total de 1,435 tribunales de esta naturaleza (para población adulta), sin contar, entre otros, con 458 de atención a población juvenil. Estos tribunales atienden a miles de infractores dependientes de diversas drogas. En Canadá se registran 13 tribunales de estas características, mientras que Chile cuenta con casi una veintena.

Precisamente en Chile, y tras un largo recorrido para el establecimiento del modelo, en 2012 se firma un convenio interinstitucional[§§§§] para extender esta modalidad judicial a todas las regiones del país; será importante darle seguimiento al desarrollo e implementación del convenio, pues si su ejecución tiene como resultado la consolidación del modelo, el mismo podrá servir como referente para otros países de la región que ya le prestan atención con vistas a aplicarlo en sus respectivas jurisdicciones y realidades.

Por su parte, Jamaica inauguró sus primeros dos TTD en 2001, después de aprobar una ley específica[‖‖‖‖‖‖‖] de Tribunales de Tratamiento de Drogas. México, como fue referido anteriormente, se suma a los países del hemisferio que cuentan con esta modalidad abriendo las puertas a su primer proyecto piloto en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, en 2010.

La SE/CICAD está cooperando con varios gobiernos y organizaciones no gubernamentales[¶¶¶¶] para identificar prácticas buenas e innovadoras que permitan dar respuesta a las necesidades de los infractores dependientes de drogas, tanto a través de los tribunales de tratamiento de drogas, como por medio de otros enfoques holísticos que traten al individuo, a su familia y al entorno laboral, sanitario y social como un todo, al tiempo que garanticen la seguridad y las necesidades de la comunidad.

Decíamos antes que los países que estudian la posibilidad de incorporan estos TTD, si bien tienen que asegurarse de generar un modelo propio ajustado a su ordenamiento jurídico, especificidades estructurales e idiosincrasia como país, no tienen por qué partir de cero. Afortunadamente la cooperación internacional, y a través de ésta la puesta en práctica de asistencia técnica horizontal entre pares, o la coordinación de esfuerzos de fortalecimiento institucional, así como la identifi-

‡‡‡‡ http://www.nij.gov/topics/courts/drug-courts/welcome.htm (última visita del 15 de junio de 2012)

§§§§ Convenio Interinstitucional entre el Ministerio de Justicia de Chile, el Poder Judicial, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública, el Servicio Nacional de menores, la Gendarmería de Chile, el Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), y la Fundación Paz Ciudadana. 29 de marzo de 2012.

‖‖‖‖‖‖‖ http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/DTCC/Documents/Jamaica%20Drug%20Court%20(Treatment%20of%20Offenders)Act.pdf (última visita 25 de mayo de 2012).

¶¶¶¶ Entre otras: National Association of Drug Court Professionals (NADCP), Canadian Association of Drug Treatment Court Professionals (CADTCP), International Association of Drug Treatment Court Professionals (IADTCP), Paz Ciudadana, American University, Center for Court Innovation.

cación de buenas prácticas, permite que en la actualidad una serie de países puedan consolidar y/o expandir el modelo.

En estos momentos Jamaica procura consolidar los dos proyectos piloto que ejecuta en Kingston y en St. James, e iniciar dos nuevos proyectos en St. Ann y en St. Catherine; Trinidad y Tobago tiene previsto comenzar la implementación de su primer proyecto piloto en 2012 en San Fernando. Mientras tanto, algunas provincias de Argentina, Costa Rica, República Dominicana, Bahamas, Barbados, Panamá, y El Salvador ya están analizando la posibilidad de incorporar este modelo en la administración de justicia (algunos de estos países incluso contemplan paralelamente establecer este tipo de tribunales especiales para población juvenil).

Éste es un proceso que requiere de la disponibilidad de un sistema legal adecuado y la existencia de unos servicios de tratamiento que garanticen la prestación de servicios de tratamiento y que permitan que el modelo funcione. Por ello es fundamental que desde el Estado exista liderazgo y compromiso institucional que permita la maduración del sistema. A mi juicio, el ámbito en el que se dan las relaciones internacionales facilita y permite un diálogo productivo entre y dentro de los países para lograr este objetivo. En el caso concreto del programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas que ejecuta la SE/CICAD, la referencia a la experiencia de los países que más avanzaron en la aplicación del modelo en el Hemisferio (Canadá, Estados Unidos, Chile y Jamaica) está presente en este proceso y permite que otros países imaginen su adaptación y aplicación e identifiquen los retos y oportunidades para poner en práctica esta modalidad judicial.

CRÍTICAS Y CONTROVERSIAS SOBRE MODELO

Desde el ámbito internacional, y a la vista del creciente número de países que debaten la implementación de los TTD, resulta imperioso pasar revista a los principales argumentos sobre los que se sostiene el apoyo, o la crítica al modelo. Probablemente la solución no estribe en adoptar posiciones extremas a favor del status quo, negar sus logros, o de negarlo en su totalidad. Ciertamente, hay puntos intermedios, muchos de ellos cosechando éxitos en el terreno de la rehabilitación o reinserción del individuo infractor dependiente de drogas a través de iniciativas para ofrecer tratamiento dentro de la prisión, cuando éste se acompaña de medidas de reintegración social. El tratamiento dentro de prisiones ha llegado incluso a alcanzar otras dimensiones en algunos países de Europa, cuando se ha logrado orquestar una línea de protocolos que permite que un infractor dependiente, después de recibir tratamiento en prisión, pase a recibir también asistencia de distintas agencias e instituciones sociales para su reintegración (o en algunos casos su integración si es que nunca lo estuvo) en la comunidad.

Quisiera destacar algunas de las críticas que el modelo ha recibido y que, sin duda, son parte del debate en aquellos países que ya cuentan con los TTD, o aquellos que exploran su incorporación.

Un problema de justicia o de salud:

De entre los más críticos al modelo de los TTD, destacan quienes postulan que la dependencia de drogas no es un problema de la justicia sino de la salud. El argumento es que si los gobiernos asumieran realmente, y no sólo en blanco sobre negro, que la dependencia es un problema de salud, y que consecuentemente dispusieran de los medios y los recursos necesarios para garantizar tanto la disponibilidad como el acceso a estos servicios de tratamiento se resolvería el problema. A mi juicio, sin embargo, esta tesis sólo cubriría una parte del problema. No olvidemos que cuando hablamos de TTD, nos referimos a personas que (1) han cometido un delito, y además (2) son dependientes de drogas, por ese orden.

En este caso, pues, el sistema de justicia ofrece una solución a la privación de libertad, en el entendido de que ésta no necesariamente conlleva el acceso al tratamiento, y menos aún a programas de rehabilitación del individuo. De este punto hablaremos un poco más adelante.

En ocasiones, cuando he asistido a reuniones exploratorias del modelo, un comentario que surge con frecuencia es que si se despenalizara el consumo de drogas, no habría necesidad de estos tribunales. Este es, a mi entender, uno de los errores más comunes al analizar el modelo.

Es importante recalcar, y no olvidar, que la persona que pasa por estos TTD lo hace por haber cometido un delito (en la mayoría de los casos, un delito distinto a la posesión para el consumo, aún en aquellos países donde este último está tipificado). En general, los delitos por los que un individuo llega a estos tribunales –y esto varía de acuerdo con la aplicación del modelo en un país dado, o incluso dentro de cada país–, suelen ser delitos contra la propiedad. Por eso, la despenalización del consumo de drogas no afecta la existencia de este modelo. Una vez más, la persona que entra en el TTD lo hace por haber cometido un delito.

¿Estamos dando una alternativa para los narcotraficantes?

Ésa es una de las primeras preguntas que hacen tanto los profesionales que quieren explorar el modelo, como los medios de comunicación cuando se interesan por el mismo. Por eso es importante enfatizar que el modelo no incluye como delito elegible el narcotráfico. El modelo exige que la persona tenga un problema de dependencia, certificado por un equipo de profesionales de la salud competentes para ello, para que esta persona se convierta en candidata para participar en el mismo. En ocasiones, no obstante, el microtraficante puede ser además consumidor problemático y tener dependencia de drogas. Esta condición última –con base en un diagnóstico clínico confiable– es necesaria para poder entrar en el modelo. En cualquier caso, y salvo el caso descrito anteriormente, el delito de tráfico ilícito no es elegible.

Tratamiento en prisión *vs.* alternativa a prisión

Otras críticas al modelo se sostienen bajo la tesis de que los TTD existen como consecuencia de políticas prohibicionistas, en las que la respuesta al problema

es la represión y la prisión. Algunos de estos críticos subrayan que el modelo de los TTD está en funcionamiento en países donde la única solución viable ante un sistema carcelario punitivo y no rehabilitador del individuo es evitar la pena de prisión en sí misma. Es decir, donde la prisión no está pensada como solución rehabilitadora, los TTD permiten evitar en última instancia que el individuo pierda su libertad, en el entendido de que a través del encarcelamiento visto con este fin, ya que se supone de alguna manera que el "individuo" se ha dado por perdido una vez cruza el umbral de la misma.

Sería justo recordar que en aquellos modelos en los que se contempla el tratamiento en prisión de forma integral, seguido de un programa de reintegración social, sí se han cosechado resultados positivos. En España, por ejemplo, la Ley Orgánica Penitenciaria (Título III del tratamiento), en su artículo 59 establece que:

1. El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados; y
2. El tratamiento pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la Ley penal, así como de subvenir a sus necesidades.

En ese país, "la ley convierte el tratamiento en la columna vertebral de la ejecución de la pena privativa de libertad hasta el punto de declarar con carácter general la subordinación de los aspectos de régimen al objetivo central del tratamiento".***** En este mismo sentido, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT),††††† al referirse a las respuestas sanitarias y sociales en prisión, nos indica que "las instituciones penitenciarias constituyen un entorno importante donde llevar a cabo intervenciones sanitarias y sociales para los consumidores de drogas". Ya en 2008, y según el OEDT, "22% de las personas que reciben tratamiento es derivado por el sistema de justicia penal (un porcentaje que ha ido creciendo en los últimos años) y el resto es derivado al tratamiento por los servicios sociales y sanitarios o a través de redes informales".

Sin embargo, una vez la persona sale del sistema penitenciario, es complicado darle seguimiento y saber si ha vuelto a reincidir en el delito, o en el consumo. La dificultad de hacer un seguimiento apropiado es un problema en común, tanto en el sistema penitenciario, como dentro del judicial una vez que el individuo queda fuera de la competencia de supervisión. En ese sentido, y si me preguntase si conviene que la opción de tratamiento existiera como alternativa a la prisión, o si debiera ofrecerse una vez en prisión, respondería con una pregunta, ¿por qué no contar con ambas alternativas? En cualquier caso, creo que es bueno que se intente evitar que el infractor dependiente vaya a prisión, si con ello se logra recuperarlo.

***** Presentación de Victor Fraga Gayoso, Director de la Prisión de Monterroso en Lugo, España, en el Seminario Internacional sobre Tribunales de tratamiento para infractores dependientes de drogas bajo supervisión judicial: experiencia comparada de distintos modelos internacionales. Organizado por la CICAD/OEA bajo el marco del proyecto EU-LAC Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas. Santiago de Chile, 27 de marzo de 2009.

††††† Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN EUROPA. Informe anual 2008. Pagina 37. Respuestas sanitarias y sociales en prisión. Lisboa, Junio 2008

¿Modelo coercitivo?

Ante la crítica de si el modelo de los TTD constituye una forma de coaccionar al dependiente de drogas para que cruce el tratamiento (una forma disfrazada de tratamiento forzoso, que viola el derecho a la libre elección), el modelo defiende, y a mi entender no sin razón, que la persona que participa en el mismo lo hace de forma voluntaria (otro debate es si ante la disyuntiva entre prisión o tratamiento, esta elección se puede llamar "voluntaria"). La realidad, y quien ha pasado por este proceso de tratamiento puede atestiguarlo sin problema, recibir tratamiento dentro de este modelo significa también comprometerse a hacer un cambio drástico en la vida del individuo, y se hace ciertamente sin que haya garantía de éxito al conllevar el proceso muchos elementos no necesariamente "controlados" por el participante.

Dicho de otra forma, y ante la crítica sobre si este modelo es una "alternativa blanda" de la justicia penal, recibir tratamiento y "graduarse" del modelo, no es tarea fácil. De hecho, y así lo atestiguan varios de los jueces de los TTD, muchos candidatos eligen ir a prisión. Cierro este punto recordando al lector que la persona que participa del modelo de los TTD, lo hace firmando un acuerdo por el que voluntariamente, y tras consultar con su abogado, acepta las "condiciones de juego".

Sobre el perfil de los participantes en el modelo

De acuerdo con las experiencias revisadas y las evaluaciones recientes,[1] el modelo de los TTD parece obtener mejores resultados cuando acepta como participantes a infractores de alto riesgo, que han cometido varios delitos previamente, tienen diagnóstico de personalidad antisocial, y han fallado con anterioridad en otros programas de tratamiento menos intensivos.[8,9]

Sin embargo, la práctica totalidad de los países que se inician en este modelo, lo hacen incluyendo el perfil contrario, personas con problemas de adición menos severo, y "primo delincuentes/delincuentes primarios", personas en definitiva que no han cometido delitos previos (o que al menos no han sido detenidas previamente). En Estados Unidos, y a partir de la evidencia que nos muestra que el modelo funciona mejor y con mayor éxito cuando se tratan a infractores y consumidores problemáticos, se puede observar un cambio en el perfil del candidato que entra en este modelo. En Chile, el modelo también empezó con un perfil de elegibilidad, y sólo ahora, se empieza a discutir este tema por parte de los profesionales del modelo. La pregunta obvia es, ¿por qué ocurre esto? La respuesta no es difícil. Es más fácil defender el modelo desde el punto de vista político si se tratan perfiles menos complicados que, apriorísticamente, supondrían garantías de éxito. Uno de mayores temores ha sido que la aceptación de casos más complicados ponga en riesgo la efectividad del tratamiento de un individuo y que éste, con el tiempo, sea titular de noticia por haber cometido un delito más grave que aquel por el cual ingresó al programa.

Sin embargo, la experiencia judicial es distinta, pues los resultados en los casos más complicados (por los antecedentes penales y por el grado de dependencia), han sido destacables. Estas personas "pro-

blemáticas", son personas que ya han agotado otras oportunidades y que ven en el modelo de los TTD una segunda o última oportunidad, por lo que se "agarran" a ella, como me comentaba un juez, porque temen que no se les presente una oportunidad igual. No obstante, más adelante descubren que el tratamiento de la adicción, no es tarea fácil. En ocasiones, cuando toman conciencia del sacrificio que el tratamiento conlleva, algunos participantes prefieren la prisión al tratamiento.

Dicho esto, parecería natural que los países que se incorporan al modelo, lo hagan incluyendo perfiles de elegibilidad "menos problemáticos". Sin embargo, si se quiere demostrar que el modelo realmente funciona, es recomendable, a la luz de la evidencia, que contemplen la incorporación de patrones de elegibilidad que incluyan casos más complicados. Son varios los expertos que sostienen que sólo de ese modo verán los resultados que esperan en lo que se refiere a reducción del delito.

Por qué destinar recursos a infractores, cuando no los hay para los no infractores

Uno se puede preguntar legítimamente ¿por qué dar tratamiento a las personas infractoras, cuándo no hay recursos para ofrecer tratamiento a aquellos que no delinquen pero que sí tienen problemas de dependencia? En esta cuestión, hay que reconocer que podría primar una cuestión de prioridad estratégica. Si lo que se persigue es disminuir el índice de delito por ejemplo, la respuesta es sencilla.

Por otro lado, y pese a que los servicios de tratamiento existan, en ocasiones es necesario que se de una situación de "crisis" para que las instancias correspondientes activen los mecanismos necesarios para que estos servicios pasen de la mera "existencia" a que estén disponibles y sean accesibles a un segmento de población.‡‡‡‡‡ La emergencia, pues, en este caso el arresto y la intervención judicial, fuerza sin duda a que este proceso se lleve a cabo.

Dicho lo anterior, la decisión de ofertar tratamiento a una población u otra no debiera limitarse a argumentos efectistas exclusivamente. El problema de la droga es, como sabemos, un problema integral, y como tal, y sobre todo desde la perspectiva internacional, habría que hacer todo lo posible para que el tratamiento llegara a todos y todas, independientemente de cuestiones de prioridad estratégica. Lo recomendable, pues, y en esa dirección habría siempre que apuntar, es que los servicios de tratamiento estuvieran disponibles y accesibles a la totalidad de la población que la necesitara, sea infractora o no.

En cualquier caso, sería triste que privásemos del tratamiento a un colectivo, por el hecho de que la mayoría no lo tiene. Como no lo tiene la totalidad, que no lo tenga nadie. ¿Les suena?

NECESIDAD DE EVALUAR EL MODELO. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Existe evidencia científica que demuestra que el modelo funciona.[1,10] La evidencia pone de manifiesto que el modelo, no sólo es útil, sino que también

‡‡‡‡‡ Ver Wexler en "The case is *United States v. Riggs*" Wexler David B. (2005).

es exitoso en cuanto a resultados e impacto. Sin embargo, y ese es y será uno de los mayores retos a los que se enfrentarán los TTDs en años venideros, es importante que los países que los establezcan sean capaces de generar evidencia propia, de forma que se pueda validar el modelo de forma empírica.

Hay mucha y muy buena evidencia en Estados Unidos, Canadá, Australia y algunos países de Europa. Pero debemos generar también evidencia en otros países del hemisferio, animando a que este proceso de monitoreo y evaluación se lleve a cabo desde el inicio de la implementación de los TTD. Dicho esto, es importante no olvidar la importancia de una evaluación a escala local, para observar la evolución del programa, y poder hacer los ajustes necesarios en cuanto a los requisitos de elegibilidad, etc. De otro modo, y como bien indica el profesor Wexler, se podría pecar de generar estructuras y marcos de evaluación rígidos que impidieran estar a la altura de las circunstancias.

Son varias las variables independientes[§§§§§] que se pueden tener en cuenta para delimitar el ámbito de actuación de los TTD. Aunque todas ellas nos permitirán medir la efectividad del comportamiento de los tribunales desde distintos ángulos, y por medio de indicadores precisos el nivel de reducción del delito (variable dependiente), es importante hacer un breve repaso a algunas de estas variables. Independientemente del claro interés por modernizar un sistema penal y sanitario para que de respuesta a una necesidad real y recurrente, son aquellos indicadores relacionados con la reducción del índice de delito, los que más interés acaparan desde el punto de vista de la pertinencia del modelo en el contexto político-estratégico de los países que exploran este modelo. A través de este proceso exploratorio inductivo, en el medio y largo plazo, se buscan resultados que justifiquen la existencia de los TTD.

Como sabemos, y si nos centramos en la variable "delito", las tasas de criminalidad se pueden medir a través de varios indicadores, tales como número de arrestos, número de condenas, número de reincidencia de arrestos y el número, tipo y severidad de crímenes declarados que están relacionados con drogas.

Dentro de cada uno de los países que se inician en este proceso será preciso definir e identificar las muestras (población susceptible de estudio), a través de cierta información basal, y la selección de grupos de control que nos sirvan para medir el grado de "éxito o fracaso" del modelo (habría también que definir qué se entiende por ambos en este contexto). Este proceso permitiría a cada uno de los países que ponen en funcionamiento esta modalidad judicial (y sanitaria), hacer un seguimiento longitudinal para estas muestras, de modo que se puedan comparar diacrónicamente.

Entre los retos que se plantean, está el de la capacidad de realizar análisis cuantitativos en cuanto a la evaluación de los resultados (*outcomes*), sin olvidar la necesidad de profundizar en aspectos cualitativos relacionados con los procesos de la implantación del modelo (por ejemplo, para saber la

[§§§§§] Variable Dependiente: Fenómeno que se pretende explicar. Variable independiente: fenómeno que explica la variable dependiente

percepción de un juez a través de entrevistas personales). Es, por ejemplo, a través de métodos cualitativos como las encuestas sobre percepción ciudadana, o cuantitativos como los índices de delito, número de arrestos o reincidencia en el delito, que podríamos evaluar el progreso de los países al aplicar el modelo de los TTD.

Sería interesante identificar distintas fuentes de información en este proceso. La información criminal se puede obtener, entre otros, a través de bases de datos oficiales y auto-reportajes (policía, centros penitenciarios, centros de tratamiento, y sistema judicial en general). El primero de ellos nos aportaría información cuantitativa necesaria (a través de cuestionarios ya existentes en los registros y bases de datos tradicionales, añadiendo si fuera pertinente alguno más específico en centros elegidos aleatoriamente para identificar información referida al consumo de drogas y el delito cometido). Estos datos podrían ser analizados (1) de manera transversal para esos grupos aleatorios, y (2) longitudinalmente para cada individuo que localicemos como beneficiario directo del programa de TTD, de modo que podamos determinar tendencias sutiles en relación a la severidad y tipo de delito. En este sentido y en referencia al primero de ellos, se daría preferencia, por ejemplo, a registros oficiales de arrestos *vs* condenas.[IIIIIIIIII]

Además, de bases de datos oficiales y pruebas de uso de drogas (e.g., test de orina), las entrevistas personales son necesarias para ir más allá de la obtención de información demográfica, y entrar, por ejemplo, en percepciones personales sobre los riesgos, recompensas, consecuencias, salud y tratamiento.

En cualquier caso, se podría sugerir que se estableciera un grupo de comparación (contra-factual), de modo que se pudiera establecer la validez del monitoreo y evaluación en cada país. Un grupo de control apropiado debería ser identificado al formular los TTD en cada país. Un grupo de comparación legítimo podría estar compuesto de individuos que tuvieran características similares a las de los participantes, utilizando como referencia los datos de los perfiles de los participantes obtenidos en el ingreso de éstos. Parecería evidente que tanto el grupo de muestra experimental como el grupo de muestra de control deberían ser aleatorios.

En el caso de los TTD, el análisis se centraría en aquellos delitos que están relacionados con drogas (que excluyendo la posesión y el tráfico, al no ser elegibles para esta modalidad, serían aquellos delitos contra la propiedad y/o de violencia doméstica principalmente). Surgiría siempre la pregunta de cómo contabilizar los delitos derivados de la adicción a drogas, cuando en muchos casos esta información no queda reflejada en el expediente policial. Para salvar este obstáculo, será necesario recurrir a entrevistas cualitativas estructuradas –para infractores–, y semiestructuradas –para jueces y personal del sistema judicial y sanitario–.[¶¶¶¶¶]

[IIIIIIII] Resumen del taller de monitoreo y evaluación de los TTD celebrado en CICAD en enero de 2012. Los indicadores se refieren a: A) tanto el grupo de tratamiento (TTD) y el grupo de comparación. B) Ex-Ante, Durante, o ex-post.

[¶¶¶¶¶] Resumen del taller de monitoreo y evaluación de los TTD celebrado en CICAD en enero de 2012.

Pero como decíamos al principio, se trata de un modelo que responde a una estrategia multisectorial, con especial relevancia para Justicia-Salud (entendiendo salud desde la perspectiva de la salud pública). Por ello, y pese a que querramos medir el impacto del modelo en términos de lo que significa en cuanto a la conducta delictiva, o el delito, es importante también y, sobre todo, poder evaluar el impacto del modelo en referencia al consumo de sustancias y sus consecuencias para la salud. La justificación del modelo no puede excluir esta consideración. A la hora de definir el cuerpo de indicadores para la evaluación, deben aparecer igualmente aquellos que nos permitan medir el grado de abstinencia y, en definitiva, la reincidencia en el consumo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Antes de iniciar el proceso de establecimiento de un modelo de estas características debemos preguntarnos el motivo por el que nos interesa el mismo. Dependiendo de la pregunta o preguntas, tendremos que ser capaces de articular instrumentos que nos permitan medir el éxito de esta apuesta institucional. Antes dábamos algunos ejemplos: delito, consumo, población penitenciaria, costos, reinserción y recuperación del individuo, seguridad ciudadana... En definitiva, ¿cuál sería el impacto que esperamos que tengan los TTD?

Sólo a través de la evidencia científica el modelo se validaría en los países y, por lo tanto, se podría consolidar y, por lo tanto, recibir el apoyo político necesario para su expansión. Es preciso, pues, llevar a cabo un análisis empírico, que incluya la evaluación de este modelo (proceso, resultados –*outcomes*– impacto después de cinco años) y la medida en que es capaz de inferir en las variables que delimiten las preguntas que nos formulemos.

No se quiere reinventar la rueda. Hay gran cantidad de referentes en otros países que ya han pasado por el proceso de implantación de este modelo. Es importante estar pendientes de los éxitos y fracasos cosechados en otros países. La cooperación internacional e intrarregional es sin duda un valor añadido con el que no contaron los primeros países que incorporaron el modelo.

Los TTD sólo se pueden poner en funcionamiento si se cuenta con: (1) un marco legal que lo permita, (2) una gama de servicios de tratamiento de calidad que sean accesibles y estén disponibles para esta población, (3) un equipo multidisciplinar que integre todos los actores necesarios, y (4) la voluntad y el liderazgo que permita crear un modelo que, sin duda, rompe con planteamientos tradicionales y genera nuevos paradigmas (Justicia Terapéutica). Además, y como decíamos anteriormente, el modelo ha de seguir y cumplir unos principios básicos, algunos de ellos ya mencionados, que se resumen en la lista de elementos fundamentales que citábamos anteriormente *(key elements)*.

Los tribunales de tratamiento de drogas no son la única solución al problema, pero sin duda nos permiten avanzar en varias líneas de acción que son

necesarias para la búsqueda de mejores soluciones ante la población infractora dependiente de drogas.

Para terminar, haré acopio de una sugerencia que repiten los expertos en la materia: empezar con un piloto, manejable y evaluable, antes de hacer reformas a gran escala.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento al profesor David Wexler, al Dr. Luis Alfonzo, al Juez Alberto Amiot, a Rafael Franzini, al Dr. Francisco Cumsille, y al profesor Patricio Peñalver, por sus valiosos comentarios y aportaciones. Mi gratitud igualmente a CONADIC por ofrecerme la oportunidad de compartir estas reflexiones. La redacción de este capítulo ha sido posible gracias a la oportunidad que la Organización de los Estados Americanos (OEA), a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) me ha dado en estos años al ser testigo privilegiado directo del proceso de debate del modelo de los tribunales de tratamiento de drogas en varios países del hemisferio americano. Es a través de esta experiencia personal y profesional que he querido hacer eco de algunas de las inquietudes de aquellos que exploran el modelo.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las conclusiones y opiniones expresadas en este artículo pertenecen al autor y no necesariamente representan las de la Organización de los Estados Americanos o su Secretaría General.

REFERENCIAS

1. Marlowe DB, Meyer JWG. The Drug Court Judicial Benchbook. National Drug Court Institute; 2011.
2. Hora PF. A dozen years of drug treatment Courts: uncovering our Theoretical foundation and the construction of a mainstream paradigm. Substance Use & Misuse. Marcel Dekker 2002; 37(12-13): 1469-88.
3. Finigan M, Carey SM, Cox A. The Impact of a Mature Drug Court Over 10 Years of Operation: Recidivism and Costs. Portland, OR: NPC Research; 2007.
4. Carey SM, Finigan M, Crumpton D, Waller M. California Drug Courts: Outcomes, costs and promising practices: An overview of phase II in a statewide study. SARC. Journal of Psychoactive Drugs 2006;. (Suppl. 3): 345-56.
5. Winick BW. Judging in a Therapeutic Key: Therapeutic Jurisprudence and the Courts. Carolina Academic Press, Durham; 2003.
6. Wexler DB. A Tripartite Framework for Incorporating Therapeutic Jurisprudence in Criminal Law Education, Research, and Practice, 7 Fla. Coastal L. Rev. 2005; 95.
7. Wexler DB. Therapeutic Jurisprudence: The Law as a Therapeutic Agent. Carolina Academic Press; 1990.
8. Marlowe, et al. 2006-2007.
9. Fielding, et al. 2007.
10. Wolfe J, Hidalgo M, Komarnisky S, Wild TC. Edmonton Drug Treatment and Community Restoration Court (EDTCRC) Process Evaluation Report. Edmonton: Addiction and Mental Health Research Laboratory, University of Alberta: (2007).
11. Bentley JP. Canada's First Drug Treatment Court. 31 C.R. Criminal Reports, 5th. 1999, p. 257-65.

12. Cooper C, et al. Establishing drug treatment courts: Strategies, experiences and preliminary outcomes; prepared for the Drugs Summit: European, Latin American and Caribbean Mayors and Cities. April 21-23, 2010. Vol. 1 and 2. Lugo Spain: Organization of American States and American University; 2010.
13. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGrawHill; 2003.
14. Garland D. Introduction: The meaning of mass imprisonment. In: Garland D (ed.). Mass imprisonment: social causes and consequences. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2001, p. 1-3.
15. Goldstein P. El marco conceptual tripartito del nexo de la droga y la violencia. Journal of Drug Issues 1985; 14: 493-506.
16. Cragg W. The Practice of Punishment: Towards a Theory of Restorative Justice. Readings in Applied Ethics. Routledge 1992.
17. Gschwend T, Sch F. Research Design in Political Science: how to practice what they preach. Palgrave MacMillan. Houndmills: Palgrave MacMillan; 2007, p. 1-18.
18. Hora PF, Schma WG, Rosenthal JT. Therapeutic Jurisprudence and the drug treatment court movement: Revolutionizing the criminal justice system's response to drug abuse and crime in America. Notre Dame Law Review 1999; 74(2): 439-537.
19. King G, Keohane R, Verba S. El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos. Madrid: Alianza Editorial; 2000, p. 13-38.
20. Lijphart A. Comparative Politics and Comparative Method. American Political Science Review 1971; LXV: 682-93.
21. National Association of Drug Court Professionals & Bureau of Justice Assistance, U.S. Department of Justice, Defining Drug Courts: The Key Components. 1997.
22. Rossman SB, et al. The Multi State Adult Drug Court Evaluation. The Urban Institute; 2011.
23. Landman T. Issues and Methods in Comparative Politics. An Introduction. Londres, Routledge; 2008.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

IX.
Juzgado para el tratamiento de adicciones en Nuevo León

Dr. Juan José Roque Segovia,* Dr. Jorge Luis Mancera Maldonado**

* Director de Salud Metal y Adicciones del estado de Nuevo León.
** Coordinador del programa de tratamiento del Juzgado para el Tratamiento de Adicciones del estado de Nuevo León.

INTRODUCCIÓN

Las características del desarrollo de Nuevo León y principalmente de la zona metropolitana que concentra más de 83% de la población, coinciden con las características de ciudades en las cuales numerosas tensiones cotidianas generan cantidad importante de angustia; la cultura de la sociedad nuevoleonesa se distingue por una gran aplicación hacia el trabajo y desarrollo profesional; cada día es visto como una oportunidad de superación y bienestar.

La experiencia ha demostrado que en sociedades con este tipo de características pueden aparecer, como alternativas para mitigar esta angustia existencial, patologías psicosociales que introducen mayores niveles de sufrimiento en las familias que las componen; y desafortunadamente, el consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas es uno de los fenómenos patológicos que más frecuentemente padecen.

Estos fenómenos se observan en todos los países del mundo y son considerados por la Organización Mundial de la Salud como verdaderas enfermedades y, en conjunto, se han convertido en uno de los retos más complicados a los que se tienen que enfrentar las sociedades modernas debido a numerosas repercusiones sociales, políticas y económicas.[1]

PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS EN NUEVO LEÓN

En el estado se cuenta con varias fuentes de información confiables y actualizadas, a partir de las cuales se ha logrado mantener un diagnóstico pormenorizado acerca de las características de estos fenómenos. Se cuenta con información emanada de las Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), así como del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).[2,3]

De acuerdo con la ENA 2008, en Nuevo León 5.22% de la población (casi 215,000 personas) se habían expuesto a drogas ilegales en algún momento de su vida; de ellos alrededor de 40,000 usuarios (poco menos de 1% de la población) informaron haber consumido drogas ilegales durante el mes previo a ser encuestados.[2]

Tanto la encuesta como el sistema de vigilancia han demostrado que las drogas ilegales de principal impacto son la cocaína, la mariguana y los inhalables; menos de 6% de los consumidores de drogas en la entidad han dicho haber usado drogas médicas, derivados de metanfetamina, ketamina, peyote, LSD y menos de 2% han reportado el uso de derivados opiáceos. Poco más de 85% señala usar dos o más drogas al mismo tiempo.[2,3]

En ambas fuentes de información existe concordancia en cuanto a la edad señalada como de inicio en el uso de drogas ilegales; la mitad han señalado haber iniciado a experimentar con estas drogas antes de los 14 años y casi 45% entre los 15 y los 19 años; se estima que tardan posteriormente entre tres meses y cinco años para acudir a buscar tratamiento.

De acuerdo con el SISVEA, cada año acuden a buscar tratamiento por primera vez a servicios especializados ubicados en el Estado un promedio de 2,200 pacientes, de los cuales más de 60% requieren modelos residenciales de rehabilitación. De acuerdo con la información de este sistema, alrededor de 24,000 pacientes con trastorno por abuso o dependencia a drogas se encuentran en diversas fases de tratamiento y rehabilitación en los servicios especializados existentes en la entidad.[3]

Como se estipuló más arriba, este conjunto de padecimientos se ha convertido en uno de los más graves problemas de salud pública y social, no sólo por el impacto en la salud física y mental ampliamente reconocido y documentado científicamente; sino, además, por numerosos aspectos legales, asociados a conductas criminales de diversa índole que atentan diariamente contra a la seguridad pública general.[1,4,5]

Evidencias encontradas a través del SISVEA han demostrado características de comportamiento en el grupo de población usuaria de drogas y alcohol, que reflejan complicaciones severas en todos los estratos sociales; por ejemplo más de 60% de los pacientes que acuden a servicios especializados en adicciones han ejercido violencia significativa hacia la familia; a casi la mitad los han expulsado de sus hogares una o varias veces.[3]

Además, poco menos de 50% se han involucrado en acciones antisociales como robo, lesiones, asalto a mano armada entre otras; uno de cada cuatro se han involucrado en la venta o tráfico de las mismas drogas; casi 30% han sido heridos en riñas o en accidentes graves que ellos mismos han provocado; más de 70% de los que estudiaban desertaron durante el tiempo de consumo y de los que laboraban al 44% los han desocupado.[3]

ALTERNATIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN

En materia de adicciones se deben establecer principios de corresponsabilidad entre gobierno y sociedad para garantizar resultados favorables; el Gobierno debe asumir la responsabilidad de proporcionar alternativas y estrategias de abordaje de acuerdo con las necesidades de la población, es decir, las necesidades que el grupo de personas en riesgo requieren en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Así, a partir del año 2010 y con la finalidad de Consolidar La Estrategia Nacional Para la Prevención y Atención de las Adicciones/Segunda Etapa del Plan de Gobierno,[3] durante los años 2011 y 2012 se han ins-

trumentado las nuevas estrategias a nivel nacional enmarcadas en diez objetivos generales, a saber:

1. Fortalecer las capacidades de la población para reducir la demanda de drogas.
2. Fortalecer la prevención mediante aplicación de modelos de probada eficacia.
3. Consolidar el sistema estatal de prevención y atención a las adicciones.
4. Garantizar la calidad y seguridad en la prestación de los servicios.
5. Aplicación de modelos de tratamiento oportuno para anticipar la cronicidad de la enfermedad adictiva.
6. Reducir los costos al Estado derivados del abuso de drogas.
7. Promover investigaciones que den sustento a las políticas públicas en materia de adicciones.
8. Formar y certificar recursos humanos para el adecuado desarrollo de los programas.
9. Actualizar y fortalecer el marco normativo y supervisión de la calidad en la atención en adicciones.
10. Consolidar el liderazgo de la Secretaría de Salud en materia de adicciones.

Se puede observar que en al menos cuatro de estas estrategias nacionales se aborda el tema de la atención desde diversos enfoques y en diferentes escenarios de la salud pública y corresponde a las entidades federativas adecuar este programa nacional, considerando las características de cada población.

En el Estado funciona desde 1990 el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA), el cual estimula intensamente el trabajo orientado a la prevención primaria en nuestra entidad, alineado a los programas nacionales, a través de más de 70 instituciones públicas y privadas, así como organizaciones sociales que al sumar esfuerzos cada año llevan servicios preventivos a más de 24% de la población total de la entidad; se aspira a una cobertura mayor a 30% de población con estos servicios de prevención universal anualmente.

En los rubros de atención, rehabilitación y reinserción social las dificultades son diferentes; en la entidad se tiene una cobertura adecuada con estos servicios, de acuerdo con las necesidades de la población; actualmente ningún paciente se queda sin atención por carencia de servicio disponible y se atiende al 100% de pacientes que demandan atención terapéutica y rehabilitación psicosocial.

Para cubrir esta demanda de atención se cuenta con la participación conjunta del Estado, a través de los servicios de salud mental y, principalmente en este rubro, los 24 Centros Nueva Vida; la organización Centros de Integración Juvenil, A.C. con cuatro unidades externas y un servicio de internamiento; así como 44 establecimientos especializados no gubernamentales que ofrecen servicios residenciales para este grupo de pacientes y sus familias; además, 14 servicios de atención psiquiatrita y psicológica privados ubicados en la zona metropolitana.

Como se mencionaba anteriormente, cada año estos servicios atienden un promedio de 2,200 pacientes de primera vez, de los cuales más del 60%

requieren modelos residenciales de rehabilitación; los servicios existentes ofrecen a la población más de mil camas destinadas a tratamientos residenciales.

Hoy día las dificultades en el Estado no se deben a carencia de servicios, las dificultades se encuentran relacionadas a las propias de los modelos de tratamiento que se emplean, así como a la naturaleza misma de las personas que han desarrollado este tipo de padecimientos; como se ha reportado en diversos estudios de investigación, las dificultades que plantean estos pacientes son numerosas, las recaídas son mas bien la regla del tratamiento utilizado y los fracasos terapéuticos bastante frecuentes.[6-8]

Las características individuales de quienes padecen estas enfermedades generan en sus familias y entornos comunitarios numerosas consecuencias que definen el concepto de enfermedad; cada caso plantea un cuadro prototípico dependiendo de la conducta del paciente interaccionando con su medio ambiente, lo cual hace imposible que exista un solo estilo en la forma de vida de estos enfermos.[9,10]

Por estas razones hay innumerables diferencias en la evolución y resultados del tratamiento al aplicar en ellos un determinado modelo terapéutico;[11] así, es comprensible que haya grupos de pacientes que comparten algunas características de personalidad, que los hace personas enfermas todavía más complicadas al abordarlas y tratar de rehabilitarlas y reinsertarlas socialmente.[11,12]

Uno de los grupos más complicados entre estos enfermos es aquel en el cual los pacientes, además de sufrir individualmente los estragos derivados del abuso o adicción a las drogas, comparten rasgos de personalidad que les llevan a desarrollar serias conductas delictivas, afectando significativamente sus entornos familiares y comprometiendo gravemente la seguridad pública en sus escenarios comunitarios.[13] Esta asociación de factores tiene un alto costo para los individuos, las familias víctimas y para la sociedad en general.[11,12]

TRIBUNAL PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

Durante la década de los 80's surge en los Estados Unidos de América, en el estado de Florida, el concepto de Corte de Drogas, una estrategia de atención encaminada a ofrecer a este grupo de enfermos, personas alcohólicas o adictas involucradas en delitos, un programa de tratamiento y rehabilitación.[14]

El objetivo fundamental de la estrategia ha sido favorecer su reinserción social y con ello la reducción de conductas delictivas reiterativas asociadas al consumo de substancias psicoactivas, ofreciendo una alternativa al encarcelamiento que tanto cuesta a la sociedad; actualmente este país cuenta con más de 2,200 Cortes de Drogas, que han demostrado efectividad en la recuperación de estas personas para la sociedad y se ha extendido a otros padecimientos psiquiátricos; el modelo se ha establecido en más de 25 países en el mundo.

En nuestra entidad, en julio del 2009 el Gobierno del Estado inicia formalmente el Programa Piloto denominado Tribunal Para el Tratamiento de las Adicciones (TTA) a través del titular del Poder Judicial del Estado, y diversas dependencias federales como el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y la Procuraduría General de la República (PGR), igualmente dependencias estatales como la Procuraduría General de Justicia, Secretaría de Seguridad Pública, Instituto de la Defensoría Pública y la Secretaría Estatal de Salud.

Dentro de la primera etapa se procedió a la capacitación del personal de las instituciones y dependencias involucradas a través de cursos impartidos por expertos de la National Association of Drug Court Professionals (NADCP) y Office National Drug Control Policy (ONDCP) de los EUA, así como de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CIACD) de la OEA y del Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes (CONACE) de Chile.

Enriquecidos con esta asesoría, se diseñó el modelo a implementar en el Estado y se designó el Juzgado de Preparación de lo Penal en el Municipio de Guadalupe N.L. como el sitio para instalar el Primer Tribunal para el Tratamiento de las Adicciones (TTA) y el servicio de tratamiento para los inculpados elegidos como candidatos a beneficiarse del programa se ubicó desde entonces en las instalaciones de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (Hospital Psiquiátrico) del Estado.

La Visión del Programa se ha orientado a lograr la rehabilitación de personas imputadas y reducir la reincidencia delictiva relacionada con el abuso o dependencia a substancias psicoactivas para lograr su reinserción social y la remisión de la enfermedad adictiva.

Mientras que la misión del mismo se orienta a implementar, sobre la base de los postulados de justicia terapéutica, un sistema de supervisión que garantice que los imputados que han obtenido su libertad a través de la suspensión del proceso a prueba o suspensión condicional o el perdón condicionado y que son adictos a bebidas alcohólicas o drogas, se sometan a un tratamiento de rehabilitación bajo la supervisión judicial, con el objetivo de evitar la reincidencia delictiva y la recaída en el uso de estas sustancias, hasta lograr su completa reinserción social.

Como se ha señalado anteriormente, en el desarrollo del Programa se coordina personal perteneciente a cinco dependencias a saber: Poder Judicial del Estado, Procuraduría General de Justicia, Instituto de la Defensoría Pública, Secretaría de Salud y Secretaría de Seguridad Pública; todos con funciones y responsabilidades claramente definidas.

Las personas, para ser incluidas en el programa deben cumplir con requisitos indispensables tales como:

- Ser evaluado por el equipo de especialistas, que se establezca el diagnóstico de abuso o adicción a bebidas alcohólicas y/o drogas y que se confirme que hará buen uso del programa.
- No estar involucrado en delitos en los cuales se hayan utilizado armas de fuego.
- En caso de perdón condicionado puede ser considerado candidato al programa, siempre que no se haya dictado sentencia condenatoria y el delito que se le atribuya no sea considerado grave por el Código Penal del Estado.
- Que el delito que se le imputa tenga relación causal con su enfermedad adictiva.
- Comprometerse en participar en el plan de tratamiento dirigido a su rehabilitación.

De esta manera se considera paciente del programa a la persona imputada por uno o más delitos establecidos en el Código Penal para el Estado de Nuevo León y cuya tramitación se ventila a través de la vía del procedimiento oral, cuya conducta se relaciona a trastornos por consumo de bebidas alcohólicas o drogas o que haya cometido el delito para adquirirlas.

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS

El procedimiento inicia con la indicación del Juez de evaluar a la persona imputada; especialistas del centro de tratamiento proceden a realizar un diagnóstico integral, incluyendo pruebas toxicológicas; los procedimientos clínicos se realizan en forma externa o en el sitio donde el inculpado se encuentra detenido. Tras la evaluación clínica se determina la modalidad de tratamiento recomendada y se complementa con la elaboración detallada de una investigación sociológica del candidato que incluirá, el historial social, familiar, comunitario, académico y laboral.

Se elabora un reporte completo que se integra al expediente del inculpado y se presenta en las audiencias de para integrarlo al informe requerido por el Juez el cual será complementado por los reportes de los demás participantes; un Coordinador del Tribunal asume la responsabilidad de integrar los reportes.

Durante una Audiencia el Juez hará del conocimiento las obligaciones impuestas al inculpado y le hará saber si cumple con los requisitos generales y especiales de elegibilidad, así como los criterios para ser admitido al Programa; el ya candidato deberá decidir en ese momento si es su voluntad continuar con el programa o de lo contrario se le revoque el beneficio de la suspensión del procedimiento a prueba o en su caso el perdón condicionado.

El tratamiento inicia cuando el inculpado acepta recibir el tratamiento, previa firma del consentimiento informado; el plan terapéutico es personalizado de acuerdo a la evaluación efectuada, integrando los elementos necesarios que permitan desarrollar un enfoque biopsicosocial con el ahora paciente, su familia y su entorno social.

El plan terapéutico tiene una duración mínima de 18 meses; se desarrolla en cinco fases, de las cuales las primeras cuatro deben abarcar al menos tres

meses cada una y la duración mínima de la quinta es de seis meses.

La intervención terapéutica que se otorga se encuentra enmarcada en modelos y técnicas de intervención de reconocimiento nacional e internacional, con fundamentos científicos; integra entre otros el modelo médico psiquiátrico de atención al abuso de drogas, el modelo matrix para el tratamiento de metanfetaminas, modelos sustentados en teoría de motivación al cambio, el modelo de prevención a recaídas, la teoría cognitivo-conductual para la dependencia a drogas.[6,7,15-17]

Dentro de las perspectivas individuales, se considera el tratamiento psicofarmacológico para el manejo de la intoxicación, abstinencia o trastornos psiquiátricos concomitantes, de acuerdo con el criterio del equipo tratante;[18] la alternativa de internamiento en establecimientos especializados para tratamiento residencial es minuciosamente valorada y puede ser indicada en cualquier momento del procedimiento.

La psicoterapias individuales incluyen sesiones de hasta 45 minutos, con frecuencias acorde a cada fase del programa; tienen como objetivo mantener conciente al paciente sobre la problemática de abuso o dependencia, así como fortalecer su motivación para mantener la abstinencia y promover el desarrollo de habilidades personales que prevengan o minimicen posibles recaídas en conductas de consumo, que puedan llevarlo a la realización de probables conductas delictivas.[9,10]

Las modalidades de psicoterapias de grupo y familia incluyen sesiones de hasta 90 minutos con frecuencias acordes a cada fase del programa; la modalidad de grupo de familias incluyen sesiones que se extienden has las dos, considerando las circunstancias que requieren manejo de acuerdo a cada caso en particular.

Aun cuando durante la evaluación inicial se realiza un estudio pormenorizado del paciente a través de exámenes de laboratorio y gabinete, durante todo el tiempo del tratamiento se realizan exámenes de laboratorio para detectar consumo de sustancias tóxicas, de acuerdo al criterio del equipo del Centro de Tratamiento.[19,20]

Un componente clave es la asistencia obligatoria del paciente a sesiones de grupo de Alcohólicos Anónimas o Narcóticos Anónimos; igualmente se promueve en las familias de los pacientes asistir a sesiones de ALANON; sesiones proporcionadas por dichas Asociaciones Civiles; se establece un sistema de control para reportar esta asistencia al Centro de Tratamiento.[1,9,11]

Cuando es necesario y ante el resultado de la evaluación inicial, se atenderán los trastornos psiquiátricos que se hubiesen encontrado en comorbilidad con los trastornos por abuso o dependencia al alcohol o drogas; las sesiones psiquiátricas se efectúan con la misma obligatoriedad y frecuencia que impone el equipo de profesionales del Centro de Tratamiento.[12,18]

En resumen, de acuerdo con la fase en la cual se encuentra el paciente inculpado deben desarrollarse las acciones terapéuticas correspondientes a: sesiones individuales de tratamiento, sesiones de psicoterapia grupal para los pacientes, sesiones de terapia familiar para cada uno de los inculpados, sesiones de psicoterapia en grupo para varias familias, sesiones de consulta psiquiátrica, asistencia a sesiones de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, actividades psicoeducativas.

Para apoyar los avances de los pacientes inculpados en cuanto a logros terapéuticos reflejados en la comunidad el equipo del Centro de Tratamiento se coordina con el Oficial de Vigilancia, propuesto por la Secretaría de Seguridad Pública, quien establece una vigilancia adicional con la finalidad de establecer las medidas de seguridad que particularmente se requieran con cada participante.

AUDIENCIAS DE SEGUIMIENTO

Cada una de las dependencias protagonistas del Programa tienen funciones y responsabilidades claramente definidas; por lo tanto, cada uno de los operadores es responsable de mantener una base de datos con información confiable y actualizada sobre sus respectivas operaciones; esta información es entregada al Coordinador del Tribunal.

Durante las audiencias de seguimiento, que son obligatorias para todos y ordenadas por el Juez, esta información es utilizada para monitorear el funcionamiento y evaluar el impacto del Programa; permite la revisión de casos y los detalles de cada uno para establecer la relación entre avance terapéutico y desarrollo del proceso. En sesiones conjuntas se discuten los detalles acerca del progreso de pacientes y participantes del Programa: por ejemplo, resultados sobre gestión de servicios, problemas confrontados por los integrantes del Centro de Tratamiento y los Oficiales de Vigilancia a cargo de los participantes.

Las Audiencias con el Juez son la piedra angular del procedimiento y de ellas depende en gran medida el éxito del procedimiento;[4,5,21] durante las mismas el Juez ejerce una supervisión judicial intensiva de los participantes. La asistencia de los inculpados a las audiencias es de acuerdo con las fases del tratamiento y en gran medida es determinada por el mismo Juez; un promedio de asistencia es el siguiente: semanales durante las primeras dos etapas, quincenales durante la tercera y cuarta etapa y mensuales durante la quinta etapa.

Es también durante las Audiencias donde se puede observar el papel que juega en el tratamiento la aplicación de incentivos y sanciones por parte del Juez, aun cuando estas las pueda aplicar durante cualquier momento del procedimiento; es importante subrayar que ninguna de estas medidas se aplica si está en contra o puede afectar el plan de tratamiento del participante, el Juez es verdaderamente respetuoso del programa de tratamiento.

Considerando que el enfoque del Programa está basado en el concepto de Justicia Terapéutica, el

Juez determina la manera de reconocer el progreso de los participantes en su tratamiento; siempre considera lo recomendado por el equipo del Centro de Tratamiento y de los Oficiales de Vigilancia.

El Juez , como incentivos, puede a discreción destacar en audiencia pública el progreso del paciente, reducir el término acordado para el tratamiento, reducir la frecuencia de supervisión judicial, autorizar ausentarse del domicilio de residencia, autorizar el disfrute de privilegios especiales, disminuir las restricciones domiciliarias para trabajar, estudiar y aumentar la interacción familiar y proveer cualquier otro incentivo que reconozca al paciente por su desempeño y responsabilidad ante sus logros psicosociales.

Como en todo Programa terapéutico puede haber pacientes cuya conducta demuestre que están en recaída y que no cumplen con las obligaciones del plan de tratamiento al que se han comprometido; en estos casos el Juez puede aplicar sanciones a su discreción, las cuales pueden consistir en:

Amonestarlo en la audiencia pública, ordenar el aumento en la frecuencia de actividades en el Centro de Tratamiento, aumentar la frecuencia de supervisión judicial, aumentar la frecuencia de pruebas antidoping, ordenar la realización de trabajo comunitario, aumentar la restricción domiciliaria.

Además, como sanción, puede ordenar cualquier otra medida que ayude al paciente a modificar su conducta y obtener las herramientas necesarias para rehabilitarse; o bien, en medidas más severas ordenar su arresto administrativo hasta por treinta y seis horas o la expulsión del programa.

Al pasar por las diversas fases del tratamiento el paciente, para tener derecho a los incentivos finales del programa, deberá estar cumpliendo las obligaciones a que se comprometió al iniciar, entre las cuales están: tener un modo honesto de vivir, establecer un domicilio y comunicar los cambios que realice, no cometer nuevo delito que merezca pena corporal, no amenazar, ni acercarse a la víctima u ofendido o algún testigo que haya depuesto o tenga que deponer en su contra.

Igualmente abandonar el trato con determinadas personas, eliminar la visita a determinados lugares, matricularse en un centro de educación formal cuando sea el caso o en donde puedan capacitarlo para adquirir alguna profesión u oficio, abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas o drogas, someterse a la vigilancia de la autoridad en los términos y condiciones que el caso amerite, someterse a los tratamientos psiquiátricos que necesite, prestar determinado servicio a la comunidad.

CONCLUSIÓN DEL PROCESO

El equipo del Centro de Tratamiento y los Oficiales de Vigilancia deben certificar al Coordinador del Tribunal que el paciente inculpado ha finalizado satisfactoriamente el procedimiento.

Durante una Audiencia de Conclusión (pública), determinada por el Juez, una vez analizados los informes correspondientes y haber efectuado la última prueba de antidoping y esta haya dado resultado negativo, el Juez reconocerá el aprovechamiento del paciente ante los asistentes y le entregará un reconocimiento que acredite haber concluido el Programa y declarará extinguida la acción penal y el sobreseimiento de la causa.

Hasta marzo de 2012, desde el Juzgado antes señalado, se han propuesto para el programa 114 inculpados; de los cuales 25 no fueron aceptados para integrar después de la evaluación inicial, ya que no reunían las características de elegibilidad necesarias; de los 87 admitidos y que iniciaron el tratamiento 27 fueron expulsados durante el transcurso en diferentes fases (20 en las primeras dos fases) y uno, voluntariamente, abandonó su tratamiento.

En total 59 pacientes han seguido fielmente el procedimiento; 16 lo han concluido satisfactoriamente, han tenido sus Audiencias de Conclusión y se les ha otorgado el reconocimiento público correspondiente y los documentos en los cuales se les notifica la extinción de la acción penal en su contra; hasta el momento todos continúan en seguimiento para algunos de sus trastornos psiquiátricos y concluyendo las terapias familiares.

Es importante hacer notar que para estos pacientes ha sido una experiencia agotadora al principio, pero verdaderamente enriquecedora cuando alcanzaron la meta; la mayoría tienen entre 400 y 1,000 días abstinentes de consumo de drogas o bebidas alcohólicas, la violencia familiar ha concluido en sus hogares, han recuperado el liderazgo en sus familias, todos laboran de manera efectiva y remunerada, además de ser partícipes en sus comunidades para recuperar la seguridad social de sus ambientes.

Se debe hacer notar que se cumple con el objetivo de recuperación del individuo como ente social, evitando su reincidencia en actos delictivos, lo cual ahorra amarga experiencias que deben sufrir en los sistemas carcelarios y la estigmatización social para ellos y sus familias; por otro lado, para las instituciones ha representado la oportunidad de comprobar que el procedimiento es realmente eficaz, que existe el éxito terapéutico y que verdaderamente se reinserta al individuo de una manera funcional en su ambiente social.

Los resultados de nuestra experiencia concuerda con los encontrados en estudios comparativos realizados con pacientes que aceptan tratamiento en forma voluntaria y pacientes a quienes se les ha impuesto tratamiento por mandato judicial; los alcances de éxito terapéutico son prácticamente los mismos, rompiendo con ello la propuesta clásica que estipulaba que para tener éxito en el tratamiento de adictos era indispensable que el paciente acudiera voluntariamente.[14,15,18,21]

Ante las evidencias y resultados al aplicar esta modalidad de tratamiento, consideramos que la posibilidad de éxito depende de la continuidad en

el proceso; en este caso las Audiencias en el Juzgado, el papel del Juez, la vigilancia en el ambiente comunitario de las acciones de cada paciente y su familia, además de todo el paquete de acciones terapéuticas tienen un gran efecto benéfico.

Los resultados obtenidos han fortalecido también la competencia profesional de los participantes; sobre todo ante los negros augurios que usualmente se ciernen en torno al tratamiento de las adicciones; ahora, tras dos años, se puede concluir que hacer el esfuerzo por rehabilitar a quienes enferman de una adicción, aún cuando no estén concientes de su enfermedad, vale la pena.

REFERENCIAS

1. Centro de Transferencia de Tecnología en Adicciones. Competencias para Consejería en Adicción: Conocimiento, Destrezas, y Actitudes de la Práctica Profesional. Puerto Rico: Serie de Publicaciones para Asistencia Técnica 21. SAMHSA; 2002.
2. Consejo Nacional Contra Las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Resultados por Entidad Federativa, Nuevo León. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
3. Secretaría Estatal de Salud de Nuevo León. Informe Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de NL. En: 62a. Reunión Ordinaria del Consejo Estatal Contra Las Adicciones de Nuevo León. Monterrey; 2011.
4. Marlow DB. Integrating Substance Abuse Treatment and Criminal Justice Supervision. Science & Practice Perspectives. National Institute on Drug Abuse. 2003; 2(1): 120-2.
5. Kelly JF, Finney JW, Moos R. Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics treatment process, and 1-and 5-year outcomes. Journal of Substance Abuse Treatment 2005; 28(3): 213-23.
6. Nsimba SD. Outpatient Treatment Programs: A Review Article on Substances of Abuse Outpatients Treatment Outcomes in the United State. Addict Disord Their Treatment 2007; 6(3): 91-9.
7. Miller MM. Evaluating Addiction Treatment Outcomes. Addict Disord Their Treatment 2007; 6(3): 101-6.
8. Condon TP, Jacobs P, Tai B, Pintello D, Miner L. Patient Relapse in the Context of Drug Abuse Treatment. J Addict Med 2011; 5: 157-62.
9. Squires LE, Alford DP, Bernstein J, Palfai T, Saitz R. Screening and Brief Intervention for Drug Use in Primary Care. J Addict Med 2010; 4(3): 131-6.
10. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. Am J Psychiatry 2008; 165: 179-87.
11. Norcross JC, Kppcher GP, Fala NC, Wexler HK. What Does Not Work? Expert Consensus on Discredited Treatments in the Addictions. J Addict Med 2010; 4: 174-80.
12. Saarnio P. The Relationship Between General Therapeutic Orientation, Big Five Personality Traits, and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapists: An Explorative Study. Addict Disord Their Treatment 2011; 10: 29-36.
13. Daughters SB, Stipelman BA, Sargeant MN, Schuster R, Bornovalova MA, Lejuez CW. The interactive effects of antisocial personality disorder and court-mandated status on substance abuse treatment dropout. Journal of Substance Abuse Treatment 2008; 34(2): 157-64.

14. Marlow DB. Are judicial status hearings a «key component» of drug court? During treatment data from a randomized trial. Criminal Justice & Behavior 2003; 30: 141-62.
15. Chandler RC, Fletcher BW. Principles of drug abuse treatment for criminal populations: A research-based guide. National Institutes of Healt Usa. 7 NIH Publication. Rockville: 2006.
16. Huebner BM, Cobbina J. The effect of drug use, drug treatment participation, and treatment completion on probationer recidivism. Journal of Drug Issues 2008; 37: 619-42.
17. Oser CB, Harp KL, O'Connell DJ, Martin SS, Leukefeld CG. Correlates of participation in peer recovery support groups as well as voluntary and mandated substance abuse treatment among rural and urban probationers. Journal of Substance Abuse Treatment 2012; 42: 95-101.
18. Mumola CJ, Karberg JC. Drug use and dependence, state and federal prisioners. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics; 2006.
19. Vakili S, et al. Evaluating the Utility of Drug Testing in an Outpatient Addiction Program. Addictive Disorders & Their Treatment 2009; 8(1).
20. Pascual F, Cortés MT, Sastre J. Utilización de la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT) en el diagnóstico y seguimiento de la dependencia alcohólica. Adicciones 2002; 14(1): 47-55.
21. Whitten L. Court-Mandated Treatment Works as Well as Voluntary. NIDA Notes 2006; 20(6): 1-6.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

X.
Programa tribunal para el tratamiento de adicciones. Implementación por vez primera en México del modelo corte de drogas

Juez Jesús Demetrio Cadena Montoya*

* Juez Segundo de Preparación Penal y Juez del Juzgado para el Tratamiento de Adicciones del estado Nuevo León.

INTRODUCCIÓN

La prisión como sanción es una respuesta bastante nueva al fenómeno criminal, su auge inició precisamente en un periodo ocurrido entre 1830 y 1848, que modificó el fin correctivo del castigo, que hasta entonces se centraba en el sufrimiento del cuerpo del delincuente a través de la pena de muerte, el suplicio, la mutilación, el destierro, entre otras inusitadas e infamantes; su paulatina declinación dio entrada a lo que Foucault refiere como "la sobriedad punitiva"* Una etapa de "humanización" del régimen penal, que buscaba un planteamiento más justo en su fase de ejecución.

Sin embargo, la corta historia de la prisión como réplica a la comisión de actos ilícitos, no ha mostrado constituirse en un indudable inhibidor de los mismos, por el contrario, el incremento de las penas de prisión en los catálogos de delitos definidos por los Códigos Penales no ha resultado disuasivo del gran problema que constituye la delincuencia en México, pues lejos corregir la prisión ha mostrado desde el inicio su efecto nocivo en la mayoría de los casos.† Y es que, aunque el paradigma constitucional gira en torno a la idea de que la sanción tiene como objetivo la reinserción social del delincuente,‡ en la práctica el sistema de justicia penal tradicional y la prisión como su única oferta de resolver el conflicto penal, no parece encaminada a lograr ese propósito, sino el de únicamente separar de la comunidad a las personas indeseables, aislándolas en centros organizados para exacerbar el acontecimiento criminal. El fenómeno se agudiza en los casos de personas adictas a sustancias como drogas y/o alcohol. Sin miedo a la equivocación podemos afirmar que el sistema carcelario de nuestro tiempo no sólo no logra educar al delincuente para la vida, como lo exige el artículo de la Constitución Política Mexicana, sino que inclusive, lo denigra suponiéndolo un sujeto amenazador.

La abundante literatura médica sobre el tema da cuenta de la fatal conclusión en el sentido de que el adicto al consumo de drogas y/o alcohol es un enfermo cuya capacidad de freno ante comportamientos delictivos desciende.§ Partiendo de dicho sendero podemos acotar que la adicción a las drogas se ha erigido como uno de los mayores problemas del mundo actual, no sólo porque alrededor

* Foucault, Michel.- Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión. Siglo XXI Editores, Pág. 24.- "Naturalmente, esa afirmación global exige paliativos. En primer lugar, las transformaciones no se realizaron en bloque ni según un único proceso. Ha habido demoras... se sigue manteniendo el cuerpo de los condenados como el objeto de la sanción penal, antes mediante el suplicio y la muerte –pena que aún se mantiene- y posteriormente encerrando el cuerpo en una celda."

† Ibidem, Pag. 316. Foucault "quizás haya que darle la vuelta al problema y preguntarse de que sirve el fracaso de la prisión; para qué son útiles esos diferentes fenómenos que la crítica denuncia continuamente: mantenimiento de la delincuencia, inducción a la reincidencia, transformación del infractor ocasional en delincuente habitual, organización de un medio cerrado de delincuencia". Y concluye "La afirmación de que la prisión fracasa en su propósito de reducir los crímenes hay que sustituirla quizá por la hipótesis de que la prisión ha logrado muy bien producir la delincuencia."
En el mismo sentido abona Vitale Gustavo L. en su obra Suspensión del Proceso Penal a prueba. Editores el Puerto 2004, Pág. 6 "El fenómeno de la "crisis" de la privación de la libertad como medida estatal frente al crimen, es tan conocido como universal....esa universalidad no desconoce la magnitud del problema en sistemas penales tan injustos y marginalizantes....La dinámica de nuestro sistema penal basado en el uso de la prisión, entonces, genera mayores inconvenientes que beneficios."

‡ Artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: "El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley."

§ Hanson S. Addiction and Treatment Services, publicado en The Drug Court Judicial Benchbook, editado por National Drug Court Institute. Alexandria VA USA Febrero 2011.

de su mercado suele generarse un ambiente criminógeno desmesuradamente violento (contiendas territoriales entre distribuidores, homicidios, robos, etc.),[II] sino además por el efecto dañino que ocasiona a los consumidores de drogas y en general a la sociedad, la congestión en los sistemas de justicia, de salud pública, las pérdidas económicas laborales y el dolor familiar, son las razones principales del porqué la comercialización de la mayoría de las drogas es ilícitas y el que exista un manifiesto interés en reducir su utilización.

Hoy en día, el mundo perfila dos enfoques o estrategias en el combate a las drogas, a saber, la reducción de la venta y desde luego, disminuir la incidencia en la demanda de drogas. En este campo de batalla, la sanción penal por sí misma ha mostrado su insuficiencia, pues el sistema de justicia busca atacar las consecuencias que producen el consumo de drogas, –conducta criminal– dejando de lado las causas que originan estos comportamientos. Este modelo de pensamiento ha olvidado que las personas acuden a los Tribunales buscando soluciones a sus problemas (en este caso, relacionados con delitos cometidos por adictos) y no para que se les entreguen sentencias que en muchos de los casos resultan impecables en técnica jurídica, pero ineficaces para el objetivo que se pretende con su emisión que es modificar pautas de comportamiento que atentan contra la convivencia social.

Siendo múltiples los componentes que ocasionan las adicciones y su interacción con el sistema de justicia penal, deben ofrecerse respuestas variadas para su solución y no solamente la prisión como ha venido sucediendo. En este sentido, el modelo Corte de Drogas, forma parte de una gama diversa de respuestas a los conflictos que surgen de la relación drogas y delincuencia. En el presente se abordan las actividades realizadas para la implementación del primer tribunal mexicano que adopta este modelo, sus resultados y su capacidad de replicabilidad en el enjuiciamiento penal en nuestro país.

ANTECEDENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CORTE DE DROGAS EN MÉXICO

Antecedentes históricos

A finales de la década de los ochentas, en medio de la llamada crisis del crack, surge la primera Corte de Drogas (Drug Court) en el mundo, específica-

[I] Suele ser marco de referencia el informe "The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework, elaborado por Paul J. Goldstein en 1985, quien enuncia que existe una relación entre droga y delito, que puede ser observada desde tres enfoques, psicofarmacológico, económico compulsivo y sistémico, respecto de este último, el informe señala: "In the systemic model, violence is intrinsic to involvement with any illicit substance. Systemic violence refers to the traditionally aggressive patterns of interaction within the system of drug distribution and use. Some examples of systemic violence follow below. 1. disputes over territory between rival drug dealers. 2. assaults and homicides committed within dealing hierarchies as a means of enforcing normative codes. 3. robberies of drug dealers and the usually violent retaliation by the dealer or his/her bosses. 4. elimination of informers. 5. punishment for selling adulterated or phony drugs. 6. punishment for failing to pay one's debts. 7. disputes over drugs or drug paraphernalia 8. robbery violence related to the social ecology of copping areas." Consultable en http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf. Fecha de la consulta 28 de febrero de 2012.

mente en el condado de Dade-Miami Florida, su origen es el activismo judicial ante la conciencia de los jueces de que era necesario probar un nuevo enfoque para tratar a los imputados adictos a drogas o alcohol, pues la reincidencia constante de éstos, hacia incontrovertible que la cárcel distaba de ser la solución para detener el ciclo de adicción y los problemas criminógenos que ésta traía consigo. Los resultados han sido exitosos y el movimiento Corte de Drogas se ha expandido a lo largo de los Estados Unidos de América, al grado que en 2009, en su 20o. Aniversario se contabilizaban 2,459 Tribunales de Drogas en funcionamiento.[¶] Su examinada efectividad ha hecho que el mundo vuelva la vista a la promisoria experiencia norteamericana al tratar con los imputados adictos; cada año surgen en el mundo programas que operan los principios de Drug Court, existen réplicas y adaptaciones del modelo en Canadá, Australia, Bermuda, Islas Caimán, Jamaica, Escocia, Nueva Zelanda, Mauritania, Inglaterra, Gales, Irlanda del Norte, Puerto Rico, y Chile, y es que "Múltiples evaluaciones de impacto han demostrado que los TTD son más efectivos en reducir el abuso de sustancias y la reincidencia criminal que la cárcel y que otras iniciativas de tratamiento sin supervisión judicial."[**]

• ¿Qué ofrecen los Tribunales que operan con el modelo Corte de Drogas?

El éxito del modelo de Corte de Drogas a lo largo del mundo deviene de los rendimientos que ofrece no solamente a los imputados adictos que ingresan al programa, sino a que sus frutos llegan directamente a la sociedad en general. Y es que los primeros reciben la oportunidad de un tratamiento de rehabilitación y reinserción social en la comunidad, es decir, en libertad, el cual se ha mostrado tiene mayores posibilidades de triunfo, se constituye así en una alternativa al tratamiento carcelario, que como ya se ha dicho, dista de propiciar un contexto rehabilitador. Además, en la mayoría de las jurisdicciones en las que operan los programas de Corte de Drogas, se ofrece a los participantes que culminan exitosamente el tratamiento, la cancelación de los antecedentes penales, lo que abona al proceso de reinserción social, dado que el record de detenciones previas suele ser un obstáculo para acceder a empleos formales. Entre otros beneficios,

[¶] Huddleston W, Marlowe D. El Panorama Actual: Un informe nacional sobre los Tribunales de Drogas y otros programas de Tribunales de Resolución de Problemas en los Estados Unidos. Editado por National Drug Court Institute (versión en español, julio de 2011).

[**] Hurtado P. Los Tribunales de Tratamiento de Drogas en el Mundo, publicado en el Libro Justicia Penal y Adicciones. Tribunales de Tratamiento como alternativa a la Sanción. Fundación Paz Ciudadana, LexisNexis y Acceso California Western School of Law, San Diego Ca. Chile 2007. Pág. 24.
En este mismo sentido Michael Remple, en Recidivism 101: evaluating the impact of your drug court. 2005, Michel Remple, y traducido por la misma Fundación Paz Ciudadana, bajo el título Reincidencia 101: Evaluando el impacto en su Tribunal de Tratamiento de Drogas, señala que "Por lo general, los Tribunales de Tratamiento de Drogas reducen la reincidencia. La mayoría de los estudios muestran tasas de reincidencia más bajas entre los participantes de los Tribunales de Tratamiento de Drogas incluidos quienes se han graduado y reprobado) que los imputados similares que han sido juzgados en forma tradicional. Por ejemplo, en un exhaustivo estudio de la literatura, David Wilson y sus colegas encontraron que la tasa de reincidencia, definida en la mayoría de los estudios como la tasa de nuevos arrestos, era menor entre los participantes de un Tribunal de Tratamiento de Drogas que entre otros imputados similares en 37 de los 42 lugares estudiados; y era menor en un promedio de aproximadamente 13 puntos porcentuales (por ejemplo, de 50 a 37%), con algunos programas que produjeron efectos mayores y otros menores." El mismo autor, cita a Doug Marlowe Senior Scientific Consultant for the Treatment Research Institute, Chief of Science & Policy for the National Association of Drug Court Professionals, and Adjunct Associate Professor of Psychiatry at the University of Pennsylvania School of Medicine quien concluyó que: "la mejor evidencia de la investigación disponible indica que los Tribunales de Tratamiento de Drogas pueden reducir el consumo de drogas y la reincidencia criminal en un orden de magnitud de dos a tres veces más que casi cualquier otra iniciativa que haya sido intentado con esta intransigente población".

cabe mencionar que el modelo funciona sobre postulados de justicia restaurativa, que busca centrarse en las causas y consecuencias de la actividad delictuosa, dirigiéndose no al castigo como retribución del comportamiento antisocial, sino al encuentro de una solución consensuada basada en la sensibilización del infractor sobre su comportamiento, buscando su enmienda.[††]

Si el beneficio de mover al infractor hacia el proceso de reinserción no pareciera suficiente, los programas que funcionan bajo el enfoque de Corte de Drogas, ofrecen un aliciente en cuanto al costo fiscal que conlleva la prisión. "En el ámbito internacional se ha calculado que el costo anual de un programa TTD por persona oscila entre 1,800 y 4,400 dólares. Un año de cárcel por persona tiene un costo de 20,000 a 30,000 dólares al año, si consideramos el costo de construir y administrar cárceles, alimentación y cuidado de reclusos".[‡‡]

Antecedentes legales

El modelo de justicia penal de corte inquisitivo mixto utilizado en México prácticamente a lo largo de todo el siglo XX, expresaba ya a finales de dicha centuria su agotamiento, y es que en sí mismo no era susceptible de adaptarse a la necesidad de ofrecer un combate real al crimen sin quebranto de los derechos humanos de los gobernados. Es así como se inician la evaluaciones de los diferentes sistemas de justicia penal que funcionan en el mundo y se concluye que el de corte acusatorio satisfacía más los imperativos del debido proceso reconocidos en el Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos, así como la Convención Americana de Derechos Humanos. Tratados Internacionales suscritos por México y que por efectos del artículo 133 Constitucional, constituyen Norma Suprema de la Nación. La revisión profunda del sistema penal mexicano mostró su anquilosamiento no sólo en su etapa de investigación y procesamiento de delitos, sino también en la tarea de buscar restaurar el tejido social quebrantado por el delito.

Enfrascados en el estudio sobre el beneficio de resolver el conflicto penal de una manera distinta; a mediados de 2004, Nuevo León dio los primeros pasos en un camino que llevaría a la más extensa transformación del sistema de justicia en México; al sentar las bases que permitieran abandonar

[††] "La Justicia Restaurativa plantea que los delitos ocurren en el seno de una comunidad contra miembros de la comunidad y en ese sentido el que se asuma la resolución como una relación entre el delincuente y la víctima con el acompañamiento de la comunidad es un procedimiento que facilita que el proceso resulte más eficaz en la sanción, por cuanto sensibiliza al infractor del dolor y los alcances de sus actos, ante tal sensibilización es muy probable que no reincida en los hechos y que además restablezca los vínculos con la comunidad. En ese sentido FRIDAY señala: "La justicia restitutiva condena el acto delictivo, mantiene la responsabilidad de los delincuentes, involucra a los participantes y alienta el arrepentimiento del delincuente para que trabaje activamente para su reingreso de manera honrada en la sociedad". (Friday, 2000)" Britto Ruiz, Diana Justicia Restaurativa Reflexiones sobre la Experiencia de Colombia. Editado por Universidad técnica Particular de Loja. Ecuador, 2010.

[‡‡] Droppelmann C. Modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas. Publicado en Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile, material educativo. Editado por Fundación Paz Ciudadana, Santiago de Chile, enero de 2010.

la esencia inquisitiva mixta del enjuiciamiento penal en ciertas conductas delictivas, para introducir en el Código de Procedimientos Penales de 1990, un régimen preponderantemente oral como forma de culminación del trance penal en sede judicial.[§§] Este nuevo modelo de enjuiciamiento fue diseñado desde la óptica de dar un viraje a la política de persecución penal, obligando a redimensionar el concepto del delito como un ataque a la comunidad que debe ser perseguido y sancionado en todos los casos, (principio de legalidad), para enfocar sus esfuerzos en la necesidad de restaurar el daño causado a la víctima y evitar bajo condiciones prescritas, la emisión del juicio de responsabilidad en una sentencia, para ello se dio énfasis al empleo de métodos alternos y salidas aceleradas del proceso penal que fueron proyectadas desde un inicio para permitir que en los casos de los llamados "delincuentes primarios", se eludiera su ingreso a prisión, evitando la contaminación carcelaria, con la condición de que, bajo la vigilancia judicial, lograran su reincorporación productiva a la sociedad.

Existe una realidad inquebrantable: Ningún sistema de justicia penal en el mundo tiene la capacidad para hacerse cargo de procesar todos los delitos que se cometen en la comunidad, y por tanto, debe generarse una óptica de selectividad que permita despresurizar las altas cargas de trabajo de los órganos jurisdiccionales, llevando a juicio solamente aquellos casos que no puedan ser resueltos a través alternativas que permitan que la víctima obtenga en forma rápida la reparación del daño, pero también que quien participó en el evento delictivo reflexione sobre el daño causado y modifique su comportamiento. La reinserción social del delincuente obedece a la necesidad de la colectividad de que todos sus miembros contribuyan eficazmente a la conservación de la misma, lo que regularmente no siempre es más efectivo cuando la persona está

[§§] Decreto No. 118 emitido por el Congreso del Estado y publicado en el Periódico Oficial del Estado de fecha 28 de Julio de 2004. Del que se destaca el contenido del artículo 553.- Las normas contenidas en el presente Capítulo serán aplicables para el procesamiento de los siguientes delitos previstos en el Código Penal para el Estado de Nuevo León:... I. Los cometidos por culpa; ... II. Los de querella previstos en los Artículos 189, 235, 236, 262, 271 bis, 280, 282, 284, 285, 291, 300 en relación con el Artículo 301 fracción I, 300 en relación con el Artículo 301 fracción II, 338, 342, 344, 360, 381 en relación con el 382 fracción I, 382 fracción II, 383 en relación con el 382 fracción I, 383 en relación con el 382 fracción II, 384 en relación con el 382 fracción I, 384 en relación con el 382 fracción II, 385 fracción I, 385 fracción II, 386 en relación con el 385 fracción I, 386 en relación con el 385 fracción II, 392, 402 en relación con el 367; III. Los de oficio previstos en los Artículos 166 fracción I, 168, 171, 172 primer párrafo, 178, 180, 180 bis, 182, 183, 184, 196, 197, 197 bis, 198, 201 bis 1, 201 bis 2, 203, 205, 215 en relación con el 216 fracción I, 217 en relación con el 218 fracción I, 220 en relación con el 221 segundo párrafo, 222, 232, 233, 253, 255, 259, 260 bis, 271 bis 2, 274, 276, 278, 280 bis, 287 bis, 287 bis 2, 288, 289, 290, 295, 300 en relación con el Artículo 301 fracción I, 300 en relación con el Artículo 301 fracción II, 323, 329, 330, 332, 335, 336, 336 bis, 337, 353 bis, 364 en relación con el 367 fracción I, 364 en relación con el 367 fracción II, 373, 377, 378, 379, 380, 402 en relación con el 367 y 402 bis..... Este procedimiento ante los Órganos Jurisdiccionales será preponderantemente Oral, se realizará sobre la base de la acusación y se regirá por los principios de oralidad, inmediación, concentración, continuidad, contradicción y publicidad, salvo las excepciones previstas en este Código y las Leyes aplicables. En lo no previsto por este capítulo, se aplicarán supletoriamente las normas comunes de este Código, siempre que las mismas no contravengan los citados principios.
Cabe mencionar que dicho Código de Procedimientos Penales, actualmente sólo se encuentra vigente para una cantidad determinada de delitos, ya que mediante Decreto número 211 publicado en el Periódico Oficial del Estado el 05 de julio de 2011, se emitió un Código Procesal Penal que contiene todas las reglas del sistema acusatorio, el cual inició su vigencia a partir del uno de enero de dos mil doce y se aplicará de manera gradual y sucesiva por tipo de delitos, hasta incorporar la totalidad de estos en 2016, en lo sucesivo cualquier referencia al Código de Procedimientos Penales se referirá precisamente al de 1990.

presa, por ende, este nuevo enfoque busca reintegrar a la brevedad posible al delincuente a su comunidad. De ahí que se evidencia la exigencia de conjugar las necesidades de tener un sistema de justicia que, siendo selectivo, no propicie la impunidad del delincuente ni el desamparo a la víctima. Es así como en su transformación, el sistema de justicia penal se decantó por privilegiar el cambio de una justicia penal retributiva a una de corte restaurativo, que privilegie la responsabilidad personal, el respeto al otro y la utilización de la negociación y la comunicación para el desarrollo colectivo.

Bajo este modelo de pensamiento, es que tiene explicación la inclusión en el Código de Procedimientos Penales, de la figura de la suspensión del procedimiento a prueba, y posteriormente, en el Código Penal, de la del perdón condicionado, que implican que bajo ciertas condiciones y medidas de vigilancia que impidieran la reincidencia delictiva, el imputado evitará el juicio de reproche que se produce por la sentencia definitiva.[III] Estos mecanismos produjeron rápidamente un descongestionamiento en el sistema de justicia penal, pero también mostraron que este último resultado no era suficiente para contribuir a restaurar el daño causado por el delito, pues en muchos de los casos, al no supervisar a quienes optaban por estas salidas alternas al enjuiciamiento, incumplían con las condiciones impuestas por la Autoridad Judicial, en gran proporción centradas en la obligación de someterse a tratamientos de rehabilitación médico y psicológica que sus condiciones personales hacían aconsejables, lo que generaba caldo de cultivo para la reincidencia; cierto que en la mayoría de los casos se trata de delitos que la sociedad supone de menor impacto o que se contempla desde el punto de vista de una política criminal que no afectan a la mayoría de la colectividad, pero en los que existe una víctima que a través de su denuncia espera justicia, por ello era necesario que las medidas que buscaban descongestionar el proceso se acompañaran de propuestas que hicieran efectiva la vigilancia de los procesados que utilizaran estas alternativas al enjuiciamiento, propiciaran el respeto permanente a los derechos de la víctima y evitarán el llamado efecto de "puerta giratoria de la delincuencia", que redunda en la percepción social de impunidad.

Una metodología de trabajo judicial a través de audiencias, genera un escenario en el que es imposible ignorar la reincidencia delictiva, específicamente la que está relacionada con enfermedades de la persona imputada, como son las adicciones al alcohol o alguna otra droga; quienes suelen ser presentados continuamente al tribunal, imputados

III El artículo 111 del Código Penal del Estado regula la posibilidad de que en casos de delitos de violencia familiar, lesiones, lesiones a menor de doce años en los supuestos que proceda el perdón del ofendido, cuando la víctima otorgue el perdón, éste operará con el carácter de condicionado, otorgando la libertad al sujeto activo si se encuentra privado de ella, pero no se extinguirá la acción penal hasta que se someta a tratamiento integral dirigido a su rehabilitación médico-psicológica y se resuelva la misma mediante dictamen pericial, expedido por el especialista en la materia que llevó su tratamiento. Por su parte, los artículos 610 y 611 del Código de Procedimientos Penales, regula la suspensión del procedimiento a prueba y establecen entre otras condiciones, que la pena a imponer no sea superior a ocho años de prisión, se repare el daño causado a la víctima y que el suspendido se someta a una serie de condiciones durante un plazo no menor de un año ni superior a tres, entre las condiciones que permite imponer se encuentran: Abandonar el trato con personas que consuman drogas y/o alcohol; eliminar la visita a bares, tabernas, reuniones en donde se consuma exclusivamente alcohol y/o drogas; matricularse en un centro de educación formal o en otro cuyo objetivo sea enseñarle a leer, escribir y concluir la educación básica o alguna profesión u oficio; mantener ocupación lícita estable o capacitarse para adquirirla; abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, y el empleo de estupefacientes, enervantes, psicotrópicos, sustancias inhalables, alucinógenas o tóxicos que produzcan adicción o hábito, salvo por tratamiento o prescripción médica; someterse a la vigilancia de la policía y al control judicial en los términos que se determinen; someterse a los tratamientos que su circunstancia personal requiera, a efecto de no reiterar la conducta antisocial.

por el mismo delito, o incluso por otros más violentos. Se trata de personas que ya han logrado previamente una salida alterna en un proceso penal distinto y que se suponía que se encontraban sujetos a un plan de reinserción en la sociedad, pero que la realidad mostraba que no se aplicaban los mecanismos que hicieran efectiva la vigilancia del cumplimiento de dicho programa de reinserción, cuando se trataba de adictos.

Resulta evidente que mientras las salidas alternas no provean una gama de servicios que permitan a los imputados acceder a los tratamientos de rehabilitación adecuados a sus específicas necesidades, será difícil conseguir el objetivo para el cual fueron introducidos a la norma legal, que era el de evitar, en la medida de lo posible, la encarcelación y en el caso de los adictos, el estigma a personas cuyos enfermedad constituye un factor que exacerbara sus posibilidades de delinquir; alejándose del propósito final que es lograr su rehabilitación y, desde luego, asegurar la protección de la víctima, con quien el sistema de justicia penal ha estado en deuda permanentemente.

De la mano de la Secretaría Estatal de Salud, la Procuraduría General de Justicia del Estado, el Instituto de Defensoría Pública, la Secretaría de Seguridad Pública, la Procuraduría General de la República, el Consejo Nacional contra las Adicciones, y el Instituto Nacional de Psiquiatría; del Gobierno de Estados Unidos, a través de NADCP, el Departamento de Estado; así como de otros organismos internacionales como CONACE de Chile, CICAD-OEA, Alianza CICAD-EU-LAC; en diciembre de 2008, el Poder Judicial de Nuevo León, participó en los trabajos para la implementación de un Programa Piloto en México que se denominaría en un principio "Alternativas al Tratamiento Carcelario"; entre marzo y junio de 2009, se visitaron Cortes de Drogas en Santiago de Chile, San Antonio Texas y en Gante Bélgica, en junio del mismo año, se participó en la XV Conferencia de la Asociación Nacional de Profesionales en Cortes de Drogas (NADCP), en Anaheim California, y finalmente, en agosto de 2009, se recibió en las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del Estado, capacitación por parte de la Oficina Nacional de Política de Control de Drogas ONDCP-NADCP. El objetivo sería implementar un programa que sería conocido como Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, funcionaría bajo los postulados de derecho terapéutico, corriente filosófica jurídica que se desarrolla dentro de la academia para promover la exploración de formas en que las disciplinas relacionadas con la salud y las ciencias sociales pueden asistir en el desarrollo del Derecho, sin menoscabar los valores del debido proceso, buscando minimizar las consecuencias dañinas de la ley y maximizar sus beneficios.¶¶ Y que bajo su influencia se examinará la efectivi-

¶ En los últimos años se ha estudiado la posibilidad de que la aplicación de la ley tenga efectos negativos, así como efectos positivos.
Veamos:
Un joven que ingresó a la cárcel por golpear a su esposa, queda expuesto a la contaminación carcelaria al empezar a convivir con personas que tienen mayores problemas de peligrosidad social que él; no se trata de decir que la violencia familiar sea un delito menor, por el contrario la adicción y la violencia familiar, suelen recorrer un camino juntos; pero si sabemos que hoy en día, en muchos de los casos la persona egresa de la cárcel al servicio del crimen organizado o con actitudes antisociales más severas.
Por otro lado, conocemos que el derecho pretende modificar conductas y en este sentido es que se busca maximizar el potencial de la ley para lograr esos cambios. Hay personas que entienden que se equivocaron y personas a quienes se puede ayudar a entender que se equivocaron, y ése es el potencial sanador de la ley. Por eso, cuando hablamos de derecho terapéutico, no nos referimos a ir con terapeutas, psiquiatras o trabajadores sociales, ellos son auxiliares del derecho terapéutico, pero no son el epicentro del concepto, sino que éste es una corriente jurídica filosófica que busca que esas disciplinas concurran a los conflictos judiciales buscando paliar los efectos negativos de la intervención judicial respetando las reglas del debido proceso.

dad de la vigilancia judicial en la supervisión del cumplimiento de las condiciones impuestas a las personas que obtenían la suspensión del procedimiento a prueba o el de la libertad por perdón condicionado en los casos de personas adictas al consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes o cualquier sustancia que produzca adicción o hábito; con el fin de evitar la reincidencia delictiva, la recaída en el consumo de las sustancias que les producen adicción y lograr así la reinserción social del imputado.

La primera información puesta sobre la mesa fueron datos del sistema de vigilancia epidemiológica que indicaban que:

- La marihuana es considerada la droga de mayor consumo en estudiantes de 12 a 18 años
- La cocaína es la droga de mayor impacto (crack y polvo). Aún existe bajo índice de consumo en metanfetaminas y opiáceos.
- La edad promedio de inicio en consumo es de 12 años (tabaco y alcohol); y
- El consumo de alcohol es excesivo, tanto en zonas rurales, como en zonas metropolitanas.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, en cuanto a Nuevo León, indicaba que el uso de drogas ilegales era de 1.9% en el caso de los hombres y 0.6% en las mujeres. En el Estado, el porcentaje de personas dependientes de drogas ascendía al 0.8%, que lo ubicaba por arriba del promedio nacional que es del 0.6% y que al examinar el consumo del área metropolitana de Monterrey se advertía un importante incremento en el empleo de estas sustancias en los últimos años. Otros aspectos sobre el consumo de drogas revelaban que el consumo diario de alcohol, tanto para hombre como para las mujeres es más alto comparado con el promedio en el país, por ejemplo en hombres, en 47.5% de los casos se encontraba por arriba de la media nacional.***

Una muestra obtenida de los asuntos radicados en el Juzgado de Preparación Penal del Segundo Distrito Judicial del Estado, en cuanto al número de imputados que eran procesados ante la vía del enjuiciamiento oral y que se encontraban intoxicados al momento de delinquir, arrojaba para el año 2008, un número de 24 de un total de 105 imputados.†††

El derecho terapéutico busca que los actores del sistema de justicia entiendan que sus acciones y comportamientos, inciden sobre la percepción del sistema de impartición de justicia. Es necesario por ejemplo, dejar de estigmatizar a las personas como víctimas, ofendidas, pasivos, acusados, imputados, inculpados. Cabe agregar que el derecho terapéutico no solo es aplicable a Corte de Drogas, sino a diversos temas como los conflictos de familia, los tribunales de solución de conflictos. Su funcionamiento está condicionado a la existencia de jueces que entiendan que las personas que acuden al Tribunal acuden en busca de soluciones, y no de sentencias, hermosamente elaboradas desde el punto de vista jurídico, pero muchas de las veces inadecuadas para resolver el conflicto suscitado.

Esta perspectiva hace fácil identificar por que las Cortes de Drogas, sólo pueden funcionar bajo el esquema de derecho terapéutico.

En este tema resultan altamente ilustrativos los recursos que pueden consultarse en el sitio web: International Network on Therapeutic Jurisprudence, dirigido por David B. Wexler, http://www.law.arizona.edu/depts/upr-intj/

*** Encuesta Nacional sobre Adicciones 2008, Resultados por entidad federativa, Nuevo León. Págs. 32-37. Editado por el entonces Consejo Nacional contra las Adicciones. Consultable en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NL.pdf fecha de la consulta 01 de marzo de 2012.

††† Fuente: Sistema Tribunal Virtual del Poder Judicial del Estado de Nuevo León. Es interesante destacar que mientras que en el año 2008, el 22.85% de los procesados revelaba consumir a alguna droga, para 2009, el porcentaje se incrementó al 45.91%, pues de 159 imputados turnados a control judicial, 73 reconocieron ser consumidores de drogas; en el año 2010, de 275 imputados que fueron presentados al juzgado, 135 reconocieron encontrarse intoxicados, es decir, un porcentaje del 49.09%, para el 2011, 269 personas fueron turnados, de los cuales 101 reconocieron encontrarse intoxicados por drogas o alcohol, esto es, el equivalente a 37.54%. El promedio de imputados intoxicados entre los años 2008 al 2011 fue de 808 personas, es decir, el 41.21% del total.

Sobre la base de estos datos y al observarse una creciente constante en el número de imputados intoxicados presentados a control judicial, y el hecho de que éstos obtenían rápidamente su libertad con motivo de salidas alternas, (suspensión del procedimiento a prueba y el perdón condicionado), sin que existiera una real vigilancia de su comportamiento en libertad, lo que resultaba en el fracaso de estas medidas, y para evitar la desconfianza de la sociedad sobre las bondades de despresurizar un sistema judicial a través de opciones que reflejarían únicamente impunidad; el Consejo de la Judicatura del Estado, aprobó que el 1 de septiembre de 2009 el Juzgado de Preparación Penal del Segundo Distrito Judicial del Estado, diera inicio al programa Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, en adelante TTA, bajo los principios del concepto de justicia terapéutica.

Como modelo piloto se estableció como reglas particulares de acceso al programa, que el imputado no hubiese cometido un delito utilizando armas de fuego, o que estuviera relacionado con grupos de delincuencia organizada. Lo anterior obedece al hecho de que se busca rehabilitar a personas cuya peligrosidad se acrecienta por la enfermedad de la adicción y no en condiciones particulares de su conducta, como son el poseer armas de fuego o estar dedicado a actividades delictivas, pues si bien, el programa, al contar con apoyo federal, podía registrarse dentro de las diversas estrategias para frenar el consumo de drogas, no serviría para apoyar acciones de inteligencia policíaca; por lo que se prohibió solicitar a los participantes antecedentes acerca de sus proveedores, pues uno de los objetivos es disminuir el impacto en el consumo de problemático de drogas, esto es, aquel que está asociado con la comisión de delitos menores del fuero local, que son los que se presentan con mayor cotidianeidad y causan un gran sufrimiento en el entorno más cercano al adicto, es decir, su familia, vecinos, compañeros de trabajo, etc.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA TTA Y MODELO DE FUNCIONAMIENTO:

Objetivo general

El programa TTA implementó sobre la base de los postulados de justicia terapéutica, un sistema de supervisión que garantiza que imputados que han obtenido su libertad a través de la suspensión del proceso a prueba o el perdón condicionado; dependientes al consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes o cualquier sustancia que produzca adicción o hábito; se sometan a un tratamiento de rehabilitación bajo la supervisión judicial, con el fin de evitar la reincidencia delictiva, la recaída en el consumo de las sustancias que les producen adicción, a fin de lograr la reinserción social del imputado. A través de este modelo, se integran los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol con el sistema de justicia; el Tribunal de Tratamiento de Adicciones, constituye un esquema innovador en el cual los actores del procedimiento penal generan sinergia con instituciones, por lo regular ya existentes, con el objetivo de dar solucio-

nes a problemas que de manera individual no les es posible enmendar.

Ingreso al programa:

Siguiendo los llamados componentes claves de los programas de Corte de Drogas elaborados por NADCP.[‡‡‡] Los posibles candidatos a participar en el programa Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, son detectados prontamente y derivados a la brevedad al programa Tribunal para el Tratamiento de Adicciones; la detección suele hacerse por diversas vías, una, el reconocimiento del imputado de padecer alguna adicción, en otros casos, la información de la víctima en el sentido de que su agresor es adicto, otro punto de referencia suele ser el dictamen médico que se practicó al momento de la detención. Es importante destacar que la experiencia internacional y la obtenida a través de los primeros dos años de trabajo ha mostrado que las posibilidades de mayor éxito de rehabilitación del participante del programa, se suscitan en la medida en que éste es ingresado al mismo lo más cercano posible a su detención, aprovechando propiamente el trauma que le implica estar detenido, aspecto esencial del programa, pues en gran medida se apuesta por evitar la contaminación carcelaria; una vez que se tiene la sospecha de que la persona puede ser adicta, tanto la defensa como la fiscalía, dirigen su actividad a procurar, si el caso lo permite, una salida alterna al enjuiciamiento que favorezca el ingreso del imputado al TTA, resulta oportuno mencionar que se utiliza un enfoque no adversarial, y a través de éste el Ministerio Público y la Defensa promueven la seguridad pública junto con el respeto por el debido proceso; si bien es cierto, que este programa surge precisamente en el sistema adversarial más puro, como lo es el estadounidense, lo cierto es que los postulados de justicia terapéutica surgen como una reacción a los excesos de la indiferencia de un sistema adversarial, así se tiene que en TTA, tanto la fiscalía como la defensa, forman parte de una barrera sólida y sin grietas, frente al usuario del programa, porque ambos saben que el resultado satisfactorio del proceso de rehabilitación traerá aparejado muchos más beneficios que el dictado de una sentencia condenatoria o absolutoria, pues como se ha venido mostrando el modelo ofrece un alto nivel de efectividad para disminuir la probabilidad de que el imputado vuelva a ejecutar una actividad delictiva.

Una vez que es propicio el ambiente para la implementación de la salida alterna y debido a que el sistema constitucional favorece que la libertad sea inmediata, se celebra una audiencia pública, en la que el juez concede al detenido la libertad con motivo de la suspensión del procedimiento a prueba, o bien, el perdón condicionado del que ya se habló; imponiéndole la obligación de cumplir las reglas del tratamiento de adicciones, hasta en tanto el Centro de Tratamiento de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Seguridad Pública del Estado, determinan si es viable su ingreso al TTA. Al mes de febrero de 2012 han sido evaluados 111 personas, de los cuales han sido admitidos 92 casos, en ocho la evaluación definitiva ha permitido descartar su ingreso al programa por no presentar una problemática real

[‡‡‡] Tribunales de Droga: Elementos Clave. Editado por la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Droga de los EE.UU. Enero de 1997. Versión en Español, consultable en el sitio web http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/KeyComponents_SPA_0.pdf fecha de la consulta 22 de febrero de 2012

de adicción o de consumo problemático de drogas o alcohol.

Es importante destacar que desde el momento en que el participante ingresa como candidato al programa TTA, se dejan claramente establecidas las consecuencias que tenga el cumplimiento y no cumplimiento de las condiciones; recordemos que el juez cuenta con poderes especiales que le confiere la ley para hacer cumplir sus determinaciones, los cuales en materia de justicia terapéutica, deben ser usados escuchando al equipo de tratamiento, para que estos sean empleados en beneficio del participante, cabe mencionar que las sanciones van desde un simple llamado de atención, el incremento de las actividades de tratamiento, el pago de pruebas especiales de dopaje y desde luego arrestos administrativos, estas sanciones no son manejadas como castigos, pues su fin terapéutico es llevar al infractor a la reflexión acerca de los hechos que motivaron su recaída y desde luego, sobre esa base, establecer junto con el equipo de tratamiento las medidas necesarias para restablecer el control. El tratamiento por regla general es ambulatorio, en casos extremos, se sugiere al participante su ingreso a centros de rehabilitación debidamente autorizados por la Secretaría de Salud. Por otro lado, en impartición de justicia terapéutica, es frecuente que el juez incite a la audiencia a reconocer los logros del participante, aplaudiéndole y en algunos casos, cumpleaños, razones especiales, bajar del estrado y saludarlo de mano, se trata de nuevas formas de impartir justicia.

Fases del programa

Para el cumplimiento del objetivo general, se implementaron cinco fases o etapas, que se describen brevemente a continuación:

1. *De desintoxicación y concientización:* En esta fase se proporciona al participante el manejo médico y psicoterapéutico para el control de la desintoxicación y la conciencia de su problema de adicción.

2. *De desarrollo de habilidades:* Aquí se establecen las fortalezas, las debilidades y habilidades de cada participante con la intención de proporcionarle las herramientas necesarias para su mejor funcionamiento en las diferentes esferas de la vida.

3. *De fortalecimiento de habilidades:* Es el momento en que se supervisa al participante para que se lleve a cabo el plan de tratamiento y se dé cumplimiento a lo establecido en el mismo.

4. *De mantenimiento:* En esta fase se vigila esporádicamente que el participante siga funcional en las diferentes esferas de la vida.

5. *De seguimiento y vigilancia:* Es la última fase y en ella se mantiene una supervisión del participante, con visitas domiciliarias y aplicación de pruebas de dopaje y psicoterapias grupales e individuales, a fin de corroborar el éxito del programa.

El programa TTA provee acceso a una amplia y variada gama de servicios de tratamiento y rehabilitación; la efectividad del programa, está directamente vinculada a la prestación de servicios diversos en materia de salud, como sesiones de psicología, psiquiatría, derivación a grupos de AA o NA; también se hace uso de apoyos sociales y comunitarios, contactando a los participantes con agencias públicas como los Sistemas DIF Estatal y Municipales, el Servicio Estatal de Empleo, entre otras, a fin de crear una estructura que les permita a los participantes, en la medida de lo posible, dedicar su energía al tratamiento, se trata en todo caso, de canalización a estos apoyos, como parte del proceso de rehabilitación, se busca que el participante sea el responsable de los logros obtenidos, incluyendo la obtención de apoyos sociales.

Por otro lado, la respuesta a los servicios brindados al usuario es monitoreada a través de pruebas de dopaje frecuentes, de esta forma los resultados tienen un respaldo objetivo las pruebas son confiables para determinar si un usuario ha consumido o no drogas o alcohol, siguiendo el modelo Drug Court, el monitoreo se realiza mínimo dos veces por semana y en forma aleatoria, de tal suerte que los usuarios no pueden programar su consumo para que las pruebas resulten alteradas.

Mecanismos a desarrollar durante las fases del tratamiento

Los mecanismos implementados durante las fases antes descritas se enumeran a continuación:

Vigilancia: Las recaídas en la sustancia de impacto y la reincidencia delictiva son los mayores riesgos a los que se enfrenta el adicto que se encuentra en libertad con motivo de una salida alterna y que condicione la extinción de la acción penal a su rehabilitación. Con el fin de evitarlo, se requiere una vigilancia rigurosa del participante del programa, con este enfoque fueron implementadas dos modalidades de vigilancia, quedando a cargo de la defensa pública y del Ministerio Público supervisar que durante la ejecución de la misma no se violenten las reglas del debido proceso en perjuicio del participante o de la víctima.

• Vigilancia policiaca

La primera modalidad de la vigilancia fue denominada policiaca y corre a cargo de oficiales de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado, que cuentan con la capacitación para entender la enfermedad de la adicción y su interacción con el sistema de justicia, su labor es supervisar el comportamiento del participante al encontrarse en libertad, a fin de evitar en la medida de lo posible que cometa nuevos delitos, o bien, quebrante, durante su participación en el tratamiento de rehabilitación, los compromisos asumidos al ingresar al programa. Este control se constituye en las siguientes formas:

Vigilancia Policiaca Domiciliaria: Incluye la revisión de la residencia del participante durante el tratamiento, una de las condiciones que éste debe aceptar consiste en recibir en su domicilio al oficial de vigilancia que le fue asignado, quien podrá requerirle que le permita revisar cualquier zona de la

vivienda si sospecha que pueda estar en posesión de sustancias que se le prohibió tener al momento de ingresar al programa. La revisión comprende el entorno inmediato al domicilio del participante.

Estas revisiones se realizan por lo menos una vez a la semana en forma sorpresiva. El oficial de vigilancia puede establecer como modalidad, que el participante sea quien se reporte con él, ya sea vía telefónica, o bien, presentándose en su oficina. Esta opción queda a discrecionalidad de dicho oficial. La negativa del participante a someterse a esta vigilancia puede acarrear la imposición de sanciones e incluso la exclusión del programa al rechazar los términos del tratamiento.

Vigilancia policiaca del entorno laboral: Consiste en la práctica de visitas supervisadas al centro de trabajo del participante, éstas son generalmente programadas con anticipación y tienen como objetivo vigilar su comportamiento en el ambiente laboral y verificar que éste es propicio para lograr el objetivo de rehabilitación y reinserción social. En los casos en que el patrón esté enterado que participa en el programa TTA, se hace contacto con él para conseguir información que permita obtener mayores datos de vigilancia posibles.

Vigilancia policiaca de protección a la víctima. Salvo que se estipule expresamente lo contrario, al ingresar al programa queda prohibido al participante tener cualesquier forma de contacto con la víctima, de ahí que el oficial de vigilancia establece, si la víctima lo acepta, un contacto permanente con ésta para que reporte desobediencias del participante al mandato restrictivo o alguna otra violación de las reglas del tratamiento supervisado.

La información recopilada durante estas actividades se hace del conocimiento del juez en audiencias de vigilancia que éste celebra para determinar el progreso del participante.

• Vigilancia Judicial

La vigilancia judicial se erige, propiamente hablando, como la parte distintiva de este programa de tratamiento de adicciones destinado a personas que han cometido un delito; porque el Juez, sobre los postulados de justicia terapéutica, se constituye en un ente vigilante de que el participante cumpla con las condiciones que se le impusieron al obtener su libertad premiando su avance y sancionando sus retrocesos mediante el empleo de los medios de apremio que le autoriza la ley (artículo 51 del Código de Procedimientos Penales de Nuevo León), a través de audiencias de vigilancia que se realizan con la periodicidad que el caso amerite, la regla general es que cada una de las fases o etapas del procedimiento, determina el número específico de audiencias de vigilancia a las que debe someterse el participante, la interacción permanente del juez con cada uno de ellos es esencial, las audiencias son públicas y se celebran en bloque, es decir, con la participación de todos los involucrados, quienes atestiguan el progreso de los participantes y las correcciones que se aplican en casos de recaídas, generándose así un escenario con un componente educativo que permite al partícipe conocer, a través de los resultados obtenidos por sus compañeros, lo que se espera de

él y las consecuencias que tendrá el incumplimiento de las reglas preestablecidas; diversos estudios y encuestas de satisfacción del usuario, demuestran que la participación del juez resulta hasta en 88% de los casos un componente clave para lograr un proceso de rehabilitación exitoso. También indican que la periodicidad de las audiencias son determinantes para lograr el objetivo general del programa. De igual manera, revelan que el reconocimiento del juez al progreso del participante, en términos generales, es considerado hasta un 93% facilitador del avance en el proceso terapéutico. En tanto que, las advertencias del juez y sanciones impuestas con motivo del bajo progreso, resultan en 87% de los casos una clave para que el participante enmiende su comportamiento y se ciña a los lineamientos del programa.[§§§] Al día 13 de marzo de 2012 se han realizado más de 2502 audiencias de vigilancia.

Cabe mencionar, que previo a la celebración de la audiencia de vigilancia, el equipo de tratamiento (Juez, fiscal, defensor, oficial de vigilancia y representantes del centro de tratamiento de la Secretaría de Salud), se reúnen en forma privada para conocer del avance del proceso de rehabilitación, estas sesiones tienen verificativo antes de la audiencia de vigilancia, y en ellas el grupo de tratamiento informa al juez sobre la conducta del participante y sugerirá las medidas que deben tomarse (sanciones o incentivos), el Ministerio Público y el defensor, vigilando la protección de los derechos de la víctima y del participante tienen como en todo sistema de justicia penal de corte acusatorio, siempre el uso de la voz antes de que el juez decida al respecto. Las decisiones asumidas por el juez buscan en todo momento que redunden en pro de la rehabilitación del participante, por lo que respetando su independencia y las reglas del debido proceso, no tomará medidas que resulten opuestas al objetivo general del programa. Una vez tomada la decisión, no será debatida en la audiencia pública a celebrarse inmediatamente después, pues se busca presentar un bloque firme que no dé lugar a buscar "complicidades" con alguno de los integrantes del equipo de tratamiento.

La vigilancia judicial decrecerá en la medida que se justifique el avance del imputado, conforme a los resultados esperados a cada fase del programa.

- **Tratamiento de rehabilitación médica y psicológica:**

El responsable de su ejecución es el Centro de Tratamiento para el programa Tribunal para el Tratamiento de Adicciones de la Secretaría de Salud, la meta es lograr la rehabilitación del participante adicto, proporcionándole, como ya se dijo, una variada gama de servicios de tratamiento terapéutico durante todo el proceso de rehabilitación, sin embargo, al igual que la vigilancia, los servicios y los tratamientos terapéuticos disminuirán en la medida que se justifique su

[§§§] Droppelmann, Catalina y Schwaderer, Hermann. Encuesta: satisfacción de usuario frente a la experiencia del Tribunal de Tratamiento de Drogas 2010. Publicado por la Fundación Paz Ciudadana. Santiago de Chile. Se consulta en el sitio web http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20101214163648.pdf fecha de la consulta 22 de febrero de 2012.

avance, conforme a la materialización de los resultados esperados a cada fase del programa.

El tratamiento de rehabilitación tiene como objetivo evitar que el participante recaiga en el consumo de la sustancia que le causa adicción.

• Reinserción

El tercer mecanismo implementado por el programa busca lograr la reinserción social del participante, a fin de que una vez que logre controlar sus hábitos de consumo, esté en aptitud de iniciar una nueva etapa en su existencia. En la mayoría de los casos, el adicto vive un proceso de desorden en todos los ámbitos de su vida, situación personal, legal, laboral, (generalmente se desempeña en la economía informal o bien, carece de un empleo estable); por lo que a fin de que al concluir satisfactoriamente su proceso de rehabilitación pueda incorporarse a la vida productiva, a partir de la fase denominada "De Desarrollo de Habilidades", se les encamina a:

- Concluir sus estudios básicos, como lo son primaria y secundaria, o en caso de haberlo hecho previamente, justificarlo a través de los certificados emitidos por la Secretaría de Educación.
- Cuando el participante no cuente con un trabajo estable, se le impondrá como obligación capacitarse en el aprendizaje de un oficio, el centro de tratamiento, a través de su Departamento de Trabajo Social, le canalizará al servicio estatal de empleo, con el fin de que obtenga becas para aprender un oficio, igualmente se le remite a Ferias de Trabajo y se hace contacto con empresas que permitan a los participantes del programa trabajar sin descuidar el tratamiento terapéutico.
- Regularizar su documentación oficial, por lo tanto, al concluir el tratamiento, deberá contar con:

1. Acta de nacimiento.
2. Clave Única de Registro de Población.
3. Cartilla militar, en caso de ser varón.
4. Trabajo estable.

Primeros resultados:

El día 21 de junio de dos mil once, los primeros cuatro participantes del primer programa mexicano de Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, egresaron rehabilitados del mismo y se reincorporaron a la vida social productiva. Un segundo grupo, compuesto ahora por 14 participantes, egresó el 16 de marzo de 2012, la totalidad ha concluido su educación básica, que incluye la secundaria, algunos incluso se capacitaron en diversos oficios, uno de ellos, a los 58 años de edad y después de más de 40 años de consumo crónico, estudió inglés y un curso de computación. El tiempo promedio en que se mantuvieron libres de consumo antes de su egreso del programa fue de 556 días.[iii]

[iii] Más información sobre este tema puede consultarse en el portal electrónico del Poder Judicial del Estado de Nuevo León, bajo las siguientes ligas:
http://www.pjenl.gob.mx/ConsejoJudicatura/Noticias/CJNoticiaCompleta.asp?noticia=325
http://www.pjenl.gob.mx/tsj/noticias/notacompleta.asp?noticia=405
http://www.pjenl.gob.mx/tsj/videos.asp
http://www.pjenl.gob.mx/tsj/RevistaTTA/revista-tta.html

Es importante mencionar que se considera el alta por cumplimiento de tratamiento al participante que haya concluido todas las fases del programa de tratamiento y no reúna criterios de Trastorno por dependencia o por abuso de sustancias (alcohol o drogas ilícitas), de acuerdo a los criterios universalmente establecidos y aceptados dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales versión IV-TR.

Los resultados del programa, si bien, no constituyen aún una muestra científica, debido a que aún es reducido el número de participantes, son monitoreados y evaluados constantemente; la estadística es necesaria siempre, pues refleja el avance y efectividad de un programa en el que se encuentran involucrados recursos públicos; cabe recordar que estamos hablando de una de las experiencias más exitosas en materia de rehabilitación y de justicia restaurativa, por lo que un posible bajo desempeño del programa debe ser inmediatamente diagnosticado, para determinar si se han dado cumplimiento a los postulados de justicia terapéutica. Al mes de febrero de 2012, los resultados indicaban la participación de 58 personas, todos varones, 41 de ellos con problemas de consumo problemático de alcohol, 12 de marihuana y cinco de cocaína.[¶¶¶] Incluyendo a los participantes graduados en la primera y segunda generación, se advierte una tasa de adherencia al programa ligeramente superior al 67% del total de los admitidos.

Capacitación

La capacitación interdisciplinaria para el equipo de tratamiento, incluyendo al juez, fiscal, defensor, terapeutas y oficiales de vigilancia, ha sido una constante y ésta no solamente ha versado en su especialidad, sino en la totalidad de las disciplinas que interactúan en el funcionamiento del programa, este trabajo en conjunto con otros, constituye el primer material educativo sobre la implementación de programas TTA, que sin apartarse de los componentes claves de una Corte de Drogas, se ha ido adecuando al marco regulatorio y desde luego a la idiosincrasia mexicana; existe por otro lado, intercambio con otros tribunales de tratamiento de adicciones en el mundo, entre otras actividades se ha realizado difusión de la experiencia neolonesa en las 45 y 46 Reuniones Ordinarias de CICAD, Organización de Estados Americanos, celebradas en Santiago de Chile y en Washington D.C., se participó también en la 15a., 16a. y 17a. Conferencias Anuales de la Asociación de Profesionales en Cortes de Drogas (NADCP) en 2009, 2010 y 2011, respectivamente. En septiembre de 2011 fuimos invitados a participar como expositores en el Taller de Alto Nivel sobre la viabilidad del modelo de tribunales de tratamiento de drogas en la Provincia de Buenos Aires-República Argentina.

[¶¶¶] Es interesante hacer notar que los primeros números se acercan a las estadísticas del Sistema Penitenciario Federal y a la Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA) 2008, pues las primeras, refieren que de la población penitenciaría en México, al mes de agosto de 2011, el 95.43 por ciento son varones. En tanto que la ENA, refleja que el problema de consumo de drogas en el país, se caracteriza en primer lugar, por el consumo desmedido de alcohol, posteriormente de marihuana o cannabis y en tercer lugar, por el consumo de cocaína en polvo o en pasta.

La capacitación ha sido producto del esfuerzo de las instituciones participantes y en este capítulo el apoyo e intervención de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) organismo impulsor del programa a nivel federal, ha sido neurálgico, pues la capacitación y visitas internacionales han corrido a su cargo.

Lecciones aprendidas

Durante el desarrollo del programa Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, hemos aprendido que:

- Las recaídas en el consumo de la sustancia de impacto o una diferente a la inicialmente detectada son frecuentes y no deben ser causa de expulsión del programa, sino hasta que se advierta que el participante no tiene interés en rehabilitarse. Que una excepción a esta regla se constituye cuando el participante cometa una nueva actividad delictiva; en este reglón cabe mencionar que la estadística, al mes de febrero de 2012, indica que por este último concepto (reincidencia delictiva) han sido expulsados sólo el 4% de los casos admitidos para tratamiento.
- La detección del candidato debe ser pronta, la evidencia ha acreditado que el éxito de estos programas gravita en aprovechar el trauma de la detención, lo que motiva al participante a aceptar condiciones que le resulten una alternativa más factible a la detención, en la medida en que el participante se ha aclimatado al ambiente carcelario, ese trauma se atempera y las probabilidades de éxito disminuyen drásticamente. Por otro lado, no debe perderse de vista que el programa TTA, está concebido también con el objetivo de evitar la contaminación carcelaria, que produce nuevos hábitos antisociales;
- Las personas menores de 30 años son más propensas a incumplir con las reglas del programa, de hecho más de 60% de los expulsados son menores de esa edad, por lo que requieren de especial atención en su vigilancia y tratamiento.
- El juez es el principal actor dentro del programa, por tratarse de la máxima figura de autoridad y por estar en condiciones de ejercer los poderes inmanentes a la judicatura para lograr la culminación exitosa del tratamiento.

Beneficio para los justiciables

Durante su estancia en el programa el participante se beneficiará de la siguiente forma:

Evitará la reincidencia delictiva a través del mecanismo de vigilancia policiaca llevado a cabo por la Secretaría de Seguridad Pública del Estado, durante el proceso en libertad del participante, tanto en su entorno personal como laboral, es que se verá reducida la posibilidad que se produzca una conducta delictiva, que lo lleve nuevamente a enfrentar un proceso penal, además de que se creará en el justiciable un hábito de buena conducta hacia la sociedad.

Evitará la recaída en el consumo de sustancias que producen adicción: Es a través del seguimiento que se dio al proceso de rehabilitación, que el participante controlará el consumo problemático de sustancias que producen adicción, puesto que con el trabajo continuo en el Centro de Tratamiento, como

son las diversas terapias y constantes pruebas antidopaje, es que se logrará en el participante un cambio de actitud, más aún que el Juez estará al pendiente de todo el proceso de evolución, y sin duda, con la aplicación del concepto de justicia terapéutica se cumplirá con el objetivo del programa.

Logrará su reinserción a la sociedad. Al momento en que el justiciable concluya su tratamiento quedará en aptitud de iniciar una nueva vida, ya que durante todo el proceso se trabajó en construirle un orden en todos los aspectos de la misma, porque concluyó su educación básica y está en condiciones de obtener un trabajo estable o al menos haberse capacitado para ello. También en el proceso de tratamiento se debió lograr que el justiciable cuente con todos sus documentos oficiales y de identidad nacional.

Replicablidad

El abandono del sistema penal de corte mixto inquisitivo, que emprendió Nuevo León en 2004, culminó con las reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, conocida como Reforma Constitucional en Materia de Justicia Penal y Seguridad Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 2008, que instauró el sistema de corte acusatorio para resolución de los juicios penales, durante el trabajo del constituyente permanente, en la minuta legislativa se dejó asentado: "en el texto que se propone del artículo 17, se establecen los mecanismos alternativos de solución de controversias que son una garantía de la población para el acceso a una justicia pronta y expedita. Estos mecanismos alternos a los procesos jurisdiccionales para la solución de controversias, entre otros la mediación, conciliación y arbitraje, permitirán en primer lugar cambiar al paradigma de la justicia restaurativa, propiciarán una participación más activa de la población para encontrar otras formas de relacionarse entre sí, donde se privilegie la responsabilidad personal, el respeto al otro y la utilización de la negociación y la comunicación para el desarrollo colectivo; también servirán para despresurizar las altas cargas de trabajo de los órganos jurisdiccionales y para que las víctimas obtengan de forma más rápida la reparación del daño, que es una asignatura pendiente de nuestro sistema de derecho."****

Como puede verse, al igual que el legislador neoleonés, el Poder Reformador de la Constitución, también consideró que el enjuiciamiento penal mexicano, debe privilegiar mecanismos restaurativos de solución de conflictos, por encima del debate contencioso, la experiencia de Nuevo León, sobre la utilización de estos modelos de justicia alternativa tratándose de adictos, mediante la implementación del programa TTA constituye una de las mejores prácticas e innovaciones en materia de juicios orales, al convertir el escenario en donde se desarrollan éstos, en un espacio en el que, sin menoscabar los valores del debido proceso, se conjuntan servicios ya existentes de rehabilitación de adicciones, formando una sinergia que maximiza los recursos, no sólo de los Órganos Impartidores de Justicia, sino en general del Estado, resolviendo desde raíz, muchos de los problemas que causan aflicción en la comunidad.

****Secretaría de Servicios Parlamentarios Centro de Documentación, Información Y Análisis Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información, Cuaderno de Apoyo Reforma Constitucional en Materia de Justicia Penal y Seguridad Pública (Proceso Legislativo) (18 de junio de 2008)

Vivimos en época de crisis, con una violencia exacerbada por el comercio ilícito de drogas, en los que la colectividad exige castigo a cualquier actividad delictiva. Tenemos que dejar claro que al promover movimientos que constituyen alternativas al tratamiento carcelario, pareciera que somos insensibles a la demanda ciudadana de que se ejemplifique a través de la vía del castigo. Lo que tiene que dejarse claro a la sociedad, es que no todas las personas que delinquen requieren el mismo tratamiento y que la apuesta no debe ser la de vivir en una sociedad que se deshaga de sus integrantes excluyéndolos en prisión todo el tiempo posible, sino que debe apostar a reintegrarlos a la brevedad posible al seno de la misma, éste es el objetivo final del programa mexicano de Tribunal de Tratamiento de Adicciones.

REFERENCIAS

1. Britto RD. Justicia Restaurativa Reflexiones sobre la Experiencia de Colombia. Ecuador: Editado por Universidad técnica Particular de Loja; 2010.
2. Cadena MJD. Los Juicios Orales y los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones. Una introspección a los postulados de la Justicia Terapeutica. Publicado en Temas Selectos de Ciencias Penales en el Sistema Acusatorio y Oral. México, D.F.: Editorial Flores Editor y Distribuidor y Colegio de Abogados del Estado de Hidalgo A.C.; 2011.
3. CONADIC. Encuesta Nacional sobre Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa. Nuevo León: Págs. 32-.37. Consultable en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NL.pdf fecha de la consulta 01 de marzo de 2012.
4. Droppelmann RC. Análisis del proceso de implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile. Avanzando hacia una política pública. Editado por Paz Ciudadana. Santiago de Chile; 2008.
5. Droppelmann C. Modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas. Publicado en Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile, material educativo. Santiago de Chile: Editado por Fundación Paz Ciudadana; 2010.
6. Foucault M. Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión. Siglo XXI Editores.
7. Fundación Paz Ciudadana. Encuesta: Satisfacción de usuario frente a la experiencia del tribunal de tratamiento de drogas 2010, Santiago de Chile. Se consulta en el sitio web http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20101214163648.pdf fecha de la consulta 22 de febrero de 2012.
8. Goldstein PJ "The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework, elaborado por en 1985, Consultable en http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf. Fecha de la consulta 28 de febrero de 2012.
9. Hanson S. Addiction and Treatment Services, publicado en The Drug Court Judicial Benchbook, editado por National Drug Court Institute. Alexandria VA USA Febrero 2011.
10. Huddleston W, Marlowe D. El Panorama Actual: Un informe nacional sobre los Tribunales de Drogas y otros programas de Tribunales de Resolución de Problemas en los Estados Unidos. Editado por National Drug Court Institute (versión en español, julio de 2011).

11. Hurtado P y cols. Los Tribunales de Tratamiento de Drogas en el Mundo. Publicado en el Libro Justicia Penal y Adicciones. Tribunales de Tratamiento como alternativa a la Sanción. Chile: Fundación Paz Ciudadana. LexisNexis y Acceso California Western School of Law, San Diego Ca.; 2007, p. 24.
12. Secretaría de Servicios Parlamentarios Centro de Documentación. Información Y Análisis Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información. Cuaderno de Apoyo Reforma Constitucional en Materia de Justicia Penal y Seguridad Pública (Proceso Legislativo) (18 de junio de 2008)
13. UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Manual de Principios Básicos y Prácticas Prometedoras en la aplicación de medidas sustitutivas del encarcelamiento. Nueva York, USA: Publicación de las Naciones Unidas; 2010.
14. Vitale GL. Suspensión del Proceso Penal a prueba. Editores el Puerto; 2004.
15. Welsh CG. El Rol del Delegado de Libertad Vigilada: Experiencia en España e Inglaterra. Santiago de Chile: Fundación Paz Ciudadana; 2011.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

XI.
El papel del defensor público como promotor y protector de los derechos de las personas con adicciones en los modelos de justicia terapéutica

Lic. Fabián Darío Acosta Cisneros*

* Defensor Público del Juzgado para el Tratamiento de Adicciones de Nuevo León.

ORIGEN

Hacia el final de la década de los '80, muchas de las cortes en los Estados Unidos fueron abrumadas con casos en los que el imputado tenía algún nivel de adicción a drogas. Un aumento dramático en las detenciones por posesión de drogas y delitos en donde se implicaba un consumo problemático de sustancias, aunado a las penas mínimas por la posesión y la distribución de drogas, especialmente la cocaína o crack, había aumentado el trabajo de las cortes, y una sobrepoblación en las cárceles. En Miami, Florida y otras áreas metropolitanas importantes, el problema era particularmente desalentador. En 1989, en un esfuerzo por disminuir los casos en donde había una relación directa entre el delito y el uso o dependencia de drogas, el sistema judicial en Miami comenzó a llevar a los procesados a un programa basado en un tratamiento intensivo para rehabilitación, vigilado por una corte especializada como alternativa al encarcelamiento. El programa fue llamado Drug Court.

Ahora, a 23 años desde que este programa fue iniciado, existen más de 2,300 Cortes de Drogas que funcionan en todo Estados Unidos. Atendiendo anualmente a 120,000 personas entre adultos y menores de edad.* Actualmente en América Latina, países como Chile, Colombia, Brasil, Puerto Rico, Jamaica y República Dominicana ya funcionan programas de este tipo; no se omite mencionar que en la Unión Europea también es política pública programas relacionados a este tema. "Aunque los estudios no demuestran la existencia de una estrecha relación entre el consumo experimental de drogas y la comisión de delitos, sí suelen demostrar que la delincuencia precede a menudo al consumo de drogas ilegales, sobre todo de las que están especialmente asociadas a dependencia y problemas, como la heroína o la cocaína/*crack*. Los estudios han demostrado también que es posible que los consumidores drogodependientes cometan delitos contra la propiedad para mantener ese hábito. Para el delincuente profesional, las drogas pueden formar parte de su transgresora forma de vida, siendo el gasto en drogas una demostración de riqueza y posición social. Algunos llegan a convertirse en consumidores habituales o drogodependientes, lo que a su vez les induce a aumentar su participación en delitos o en el mercado de las drogas. Por tanto, puede darse un efecto de refuerzo mutuo entre la actividad delictiva y el consumo de drogas, de manera que las personas inmersas en una subcultura delictiva transgresora presenten un mayor riesgo de acabar teniendo problemas con las drogas y las personas que tienen problemas con las drogas presenten un mayor riesgo de acabar participando en actividades delictivas."**

* DRUG COURT A viable solution to drug dependent offenders, HUDDLESTON West, Chief Executive Officer of the NADCP and NDCI.

** Drogas y delincuencia, una relación compleja, CARPENTIER Chloé, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías. 2007.

En estos programas se busca dar vigor al ideal de la justicia basada en la rehabilitación; según el concepto de Justicia Terapéutica en la que se opta por un tratamiento en lugar de castigo, al adicto no se le trata como delincuente, sino como una persona enferma. En ocasiones, los defensores públicos se nos asignan casos de personas a las cuales anteriormente ya las habíamos representado, y cada vez que era detenida esta persona, el delito por el que se le procesaba era mayor, teniendo así el efecto de "puerta giratoria" porque al no atacar de fondo el problema (la adicción en estos casos) la persona sigue teniendo conductas antisociales, iniciando con delitos menores y los posteriores son delitos graves ó de mayor impacto; además se le procesa como reincidente, agravando en la mayoría de los casos la sanción a imponer, además de carecer de algún beneficio que le permita cumplir su pena de prisión en libertad.

Es una transformación o evolución del sistema penal y sus implicaciones éticas, porque no sólo el Defensor debe de tener un cambio de paradigma, lo deben tener también el Juez y el Agente del Ministerio Público. Estar familiarizados con el modelo jurídico terapéutico, David B. Wexler* lo define como el que "*Estudia como las reglas sustantivas los procesos legales, el rol del juez y abogado, producen consecuencias terapéuticas o anti terapéuticas para los individuos involucrados en los procesos legales. Focaliza en el lado humano, emocional y psicológicos de la ley y los procesos legales.*"**

En estos programas existe una relación directa entre el sistema de Justicia y las políticas de salud, haciendo más efectiva y humana la aplicación e impartición de la justicia. Asimismo, representan un cambio en el paradigma que se aleja de las nociones convencionales de un sistema contencioso, de ahí su naturaleza no adversarial, en este tipo de programas el abogado defensor forma parte de un equipo interinstitucional, en el que todos tienen un mismo fin: La rehabilitación de una persona y evitar que vuelva a cometer otro delito. No es solo desintoxicar, se busca la rehabilitación de una persona con el propósito de que se reinserte efectivamente a la sociedad.

Basándose, además, en un sistema de incentivos y sanciones. Incentivos a los participantes que cumplen con los lineamientos del programa y sanciones (las cuales pueden ser muy variables) para los que cometen alguna falta.

Con estos programas se busca disminuir el consumo de drogas o alcohol entre personas vinculadas a un proceso penal, mediante un tratamiento de rehabilitación vigilado y supervisado por un juzgado especializado integrado por un equipo multidisciplinario cuyo principal objetivo será la rehabilitación y la reinserción efectiva a la sociedad del

* David Wexler es un distinguido profesor de investigación de Derecho y profesor en la Universidad de Arizona. También, es profesor de derecho y director de la Red Internacional de Justicia Terapéutica en la Universidad de Puerto Rico. La red tiene un sitio web, que incluye una bibliografía exhaustiva sobre justicia terapéutica en <http://www.law.arizona.edu/upr.intj>.

** Law in Therapeutic Key: Developments in Therapeutic Jurisprudence xvii (1996), David B. Wexler & Bruce J. Winick.

participante, logrando con esto un bienestar en lo individual, familiar y colectivo (comunidad). Además de disminuir la población penitenciaria. Es evidente la poca efectividad que tiene el sistema penitenciario en cuanto a una de sus principales funciones que es la de reinserción social. "... el Estado ha incrementado la frecuencia de uso de y duración de la pena privativa de libertad; aumentando el régimen de disciplina y seguridad dentro del sistema penitenciario..."*. Nos hemos dado cuenta que las prisiones, lejos de reinsertar a los reos, los "profesionaliza" convirtiéndolos en potenciales delincuentes al momento en que cumplan su condena y salgan de prisión; este fenómeno lo notamos en los altos índices de reincidencia que actualmente existen en el país.

El Juez (en retiro) Dennis Challeen, de Minnesota, autor y miembro de The National Judicial College y de la Asociación Nacional de Profesionales de Corte de Drogas (NADCP) dijo sobre enviar al adicto a prisión:

- Quisiéramos que tuvieran autoestima. *Destruimos su autoestima.*
- Quisiéramos que fueran responsables. *Quitamos toda la responsabilidad.*
- Quisiéramos que fueran positivos y constructivos. *Los degradamos mucho y los hacemos inútiles.*
- Quisiéramos que fueran dignos de confianza. *Los ponemos donde no hay confianza.*
- Quisiéramos que no fueran violentos. *Los ponemos donde está la violencia alrededor de ellos.*
- Quisiéramos que fueran gente buena y cariñosa. *Los sujetamos al odio y la crueldad.*
- Quisiéramos que dejen de ser un tipo duro, o difícil. *Los ponemos donde respetan al individuo duro.*
- Quisiéramos que a su alrededor no haya perdedores. *Pusimos a todos los perdedores tras unas rejas.*
- Quisiéramos que tomaran el control de sus vidas, sus problemas y que deje de ser un parásito para la sociedad. *Los hacemos totalmente dependientes de nosotros.*

Nuevo León fue elegido para implementar el primer Tribunal para el tratamiento de adicciones en el país, cuyo funcionamiento permitirá en un futuro replicar el modelo a nivel nacional.

Desde septiembre del 2009 se implementó en Nuevo León el "TRIBUNAL PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES" que es el primero en su género en nuestro país. Nace del esfuerzo bilateral de los gobiernos de Estado Unidos y México, teniendo como punto de referencia los fundamentos teórico-logísticos de las Cortes de Drogas (Drug Courts) en los Estados Unidos.

* Sobre el régimen de seguridad máxima, Vid. ZARAGOZA HUERTA, José, Sistema Penitenciario Mexicano, Editorial Elsa Lazcano, México, 2009.

El programa está orientado a la rehabilitación de personas que cometan delitos bajo el influjo de drogas o alcohol o para proveerse recursos para adquirir estos y en un principio, participan aquellas personas procesadas en la vía de enjuiciamiento oral. Esto es mediante el beneficio de la suspensión del procedimiento a prueba del procesado, el Juez, al otorgarle dicha suspensión, le impone las condiciones que deberá cumplir; figura establecida en los artículos 610 al 621 del Código de Procedimientos Penales del Estado de Nuevo León; y en los artículos 231 al 234 del Nuevo Código Procesal Penal para el Estado de Nuevo León. Además de adecuar el programa dentro de la figura del perdón condicionado, establecido en el artículo 111 del Código Penal del Estado. Con esto, tenemos que no se llega a sentencia en el proceso. "Resulta incuestionable que los medios alternos se deben desarrollar antes de la imposición de la pena, sin embargo, hay autores que consideran que estas figuras pueden efectuar aún después de haberse dictado la sentencia, esto es, cuando ya se está ejecutando la condena."* Para este autor es mejor la aplicación del método alterno antes de que se dicte sentencia, y consideramos que para el defensor y su representado también, por la cuestión de los antecedentes penales. Sin embargo, es posible la aplicación de estas salidas alternas durante la etapa de ejecución de la sanción impuesta. "La mediación que se realiza en al fase de ejecución de la pena privativa de libertad tiene posibilidades de ser valorada, cuando la persona no se encuentre cumpliendo condena en el centro penitenciario, en los siguientes supuestos:

a) Suspensión ordinaria.
b) Suspensión de la pena para personas que han cometido delito por adicción a algunas sustancias. Aunque el fundamento de esta suspensión sea la posibilidad de sometimiento a un proceso de deshabituación o rehabilitación de la adicción a las sustancias...."**.

Los objetivos de este programa es evitar la reincidencia delictiva, la rehabilitación y una reinserción efectiva a la sociedad.

Un aspecto muy importante en este programa; es que diversas dependencias se coordinan y trabajan en equipo teniendo una misma finalidad: La Rehabilitación.

Las instituciones que operan en el programa del Tribunal para el Tratamiento de Adicciones son:

- Tribunal Superior de Justicia (Juez).
- Procuraduría General de Justicia (Ministerio Público).
- Instituto de Defensoría Pública del Estado (Defensor Público).
- Secretaría de Salud Estatal (Proveedor de Tratamiento).

* El Juicio oral y la justicia alternativa en México, ARMIENTA HERNANDEZ Julián, Editorial Porrúa, p. 126.
** La mediación penal y penitenciaria, RIOS MARTÍN Juan Carlos, Madrid, Editorial Colex, 2006.

- Secretaria de Seguridad Pública del Estado (Vigilancia).

Cuando al procesado se le concede el beneficio de la suspensión del procedimiento a prueba, y el juez o cualquiera de las partes (entiéndase Ministerio Público o Defensor); adviertan la posibilidad de que el imputado pudiese tener alguna adicción a drogas o alcohol; se lo harán saber al Juez y éste, a su vez, lo enviará a que el equipo de tratamiento le realice una evaluación para determinar si efectivamente se está ante la presencia de un adicto. Previo a lo anterior, el abogado defensor debe asesorar al acusado con franqueza total y no minimizar ni exagerar los riesgos, peligros ni expectativas del caso para ejercer influencia sobre las decisiones del representado. Se requiere que los abogados den a sus defendidos suficiente información y la impartan de manera que aseguren que comprendan la información. La elección de un procesado debe estar informada por el juicio profesional de defensa del abogado para el caso concreto y las opciones que cuenta, aparejadas con un entendimiento del procesado (no del abogado) a los riesgos y los objetivos que tiene el mismo. Que la decisión sea solo de él y que cuente con la información completa y a tiempo y elija genuinamente cómo proceder. Los especialistas en el área de tratamiento, reconocen la importancia de elecciones voluntarias como el primer paso del proceso terapéutico. La adherencia de los abogados a las reglas y estándares que gobiernan la comunicación y alcances de representación aseguran que la elección que haga el procesado es de hecho, una elección basada en la valoración que el mismo haga de los costos y beneficios de largo alcance y de corto alcance de las opciones disponibles, según los hechos del caso penal concreto, así como sus objetivos y deseos personales.

El abogado debe de tener un método para dar la información con el propósito de asegurar que el representado tenga una elección genuina. Se les debe explicar con claridad y aplicando ejemplos específicos (por ejemplo, sanciones impuestas en caso de una recaída, comportamientos prohibidos, la manera en que se le harán las pruebas de dopaje, que pasará si no cumple con alguna de sus obligaciones que le fueron impuestas al ingresar al programa, cual sería la pena a imponer si resulta condenado por el delito que se le procesa, sus derechos en el juicio, etc.). Informarle de los beneficios que obtendría al permanecer y cumplir con su tratamiento, el primero es el de no estar en prisión, rehabilitarse (mantenerse "limpio"), mejorar la relación con su familia y amigos, mejorar las condiciones de su trabajo, mejor salud mental y aunado a lo anterior, no tener antecedentes penales. Sin duda alguna estamos ante una excelente solución al problema del representado.

En todos los casos, el abogado defensor deberá hacer lo necesario para lograr un entendimiento claro de las circunstancias y objetivos del defendido. Debe de saber si su representado ingresa al programa simplemente para evitar una posible condena de prisión, o efectivamente acepta el programa para mantenerse sobrio y rehabilitarse de su adicción.

El deber de mantener una comunicación es continuo, y el abogado defensor debe seguir, durante el tiempo en que el adicto participe en el tribunal de drogas, consultando, asesorando, explicando y defendiendo de una manera que sea consistente con ayudar al participante a obtener sus objetivos.

Posterior a la evaluación, y en caso de resultar que el candidato sea apto para participar en el programa, el Juez le preguntará si es su deseo ingresar al programa y le hará saber las condiciones de éste. Si acepta someterse al programa, se convierte en participante y algunas de las obligaciones que se le pueden imponer son:

- No cometer un nuevo delito.
- No amenazar ni acercarse a la víctima u ofendido o algún testigo que haya depuesto o pueda deponer en su contra.
- Abandonar el trato con personas que consuman drogas y/o alcohol.
- Eliminar visitas a bares, tabernas o reuniones en donde se consuman alcohol o drogas.
- Matricularse en un centro de educación formal o en otro cuyo objetivo sea enseñarle a leer, escribir y concluir su educación básica o alguna profesión u oficio.
- Mantener ocupación lícita estable ó capacitarse para adquirirla.
- Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, y el empleo de estupefacientes, enervantes, psicotrópicos, sustancias inhalables alucinógenas o tóxicos que produzcan adicción o hábito, salvo por tratamiento o prescripción médica.
- Someterse a la vigilancia y al control judicial en la forma que se determine.
- Someterse a los tratamientos que su circunstancia lo requiera, a efecto de no reiterar la conducta antisocial.

Es posible que se piense que son muchas las obligaciones que se imponen al momento de ingresar al programa, pero no podemos perder de vista que se está tratando de dar una solución al problema de fondo, corregir y modificar las conductas que lo llevaron a estar procesado por algún delito.

La comunicación es constante entre el equipo, rindiendo informes y asistiendo a las audiencias que se indiquen. El Ministerio Público no tiene que solicitar el castigo mayor ni la Defensa el menor, se busca tomar la mejor decisión escuchando a todo el equipo.

Antes de cada audiencia, se reúnen todos los integrantes del equipo (M.P., Defensor Público, equipo de tratamiento y equipo de vigilancia) con el Juez, con el propósito de informarle los avances o faltas de cada uno de los participantes dentro de su tratamiento; cada uno da su sugerencia para cada caso en particular y el Juez decide si otorgar un incentivo al que cumplió con sus actividades o sancionar al que incumple.

Funciones del Defensor

Dentro de un sistema de justicia penal, el defensor es un ancla importante en el objetivo final de la so-

ciedad, objetivo que no solamente es un castigo o pena de prisión, sino una readaptación o reinserción efectiva de los procesados, para lograr una mejor seguridad pública y convivencia de los ciudadanos.

La labor del defensor no solamente es que su representado no esté en prisión, su labor consiste, además, el proponerle opciones para resolver su problema de fondo, la experiencia nos dice que si no se ataca la raíz del problema, la mayoría de las veces reinciden cometiendo un delito igual o mayor al que estuvieron procesados por primera vez.

El Defensor, en su deber de buscar soluciones, propone al imputado alguno de los Métodos Alternos de solución de conflictos, y entre ellos es el programa de Tribunal para Tratamiento de Adicciones, por lo que requiere estar familiarizado con el programa, saber los requisitos de elegibilidad, naturaleza de los tratamientos y en que consiste la vigilancia, las sanciones e incentivos que pueden imponerse, asesorar al imputado con franqueza total de las obligaciones que adquiere al ingresar al programa, así como también de los beneficios de éste y en general, hacer lo necesario para lograr un entendimiento claro de las circunstancias y objetivos del representado.

El abogado debe tener un cambio ético en este programa, entender que forma parte de un equipo, que tiene como objetivo la rehabilitación de una persona, y no solamente es mantenerse limpio de drogas, sino también evitar la reincidencia criminal; teniendo al final una persona productiva, una persona de bien, con una mejor autoestima, que respete la ley y que sea capaz de cumplir con sus deberes y obligaciones con su familia y con la sociedad.

El abogado defensor en este tipo de programas participa activamente en labores de prevención de reincidencia criminal (uno de los objetivos del programa); "La prevención del delito es la actividad que debe priorizar el Estado mexicano. Con ella, la represión y punición del mismo pasan a un segundo término."*

Además de apoyar las labores de reinserción, opinión que muchos abogados no comparten, pero si somos consientes que formamos parte de una sociedad y nos preocupamos por mejorar nuestro entorno y condiciones de vida.

Las estadísticas señalan que estos programas funcionan, los testimonios tanto de los graduados, participantes y familiares de estos nos indican que es un programa muy social, que trae beneficios para todos, y es altamente gratificante el poder participar y colaborar en lo que a nuestra labor corresponde.

Un "buen" abogado defensor es el que logra que el imputado obtenga la libertad lo más pronto posible; pero el abogado que además de lo anterior, logra que su defendido se mantenga limpio, mejore la relación con su familia, trabajo y en general con todo su entorno social, corrigiendo o cambiando hábitos o conductas erróneas que lo llevaron a ser procesado penalmente, lo tenemos que catalogar como un "excelente" abogado.

* Políticas de Seguridad Pública, AGUILERA PORTALES, Rafael Enrique, Editorial Porrua 2011 p. 107.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

XIV.
Servicios de tratamiento del abuso y dependencia del alcohol y otras drogas en las cortes, tribunales o juzgados para el tratamiento de las adicciones

Dr. Jesús Salazar Villegas*

* Consultor en tratamiento para el abuso y dependencia de alcohol y otras drogas.

INTRODUCCIÓN

Aunque el término modelo en el contexto de las cortes de drogas en E.U. (NADCP, 2011) se reserva para definir la diferencias en los tipos de procesos judiciales involucrados dependiendo de si la persona que recibe el beneficio de aceptar el tratamiento está bajo un proceso previo o posterior a sentencia, el termino modelo, también suele utilizarse para hacer referencia a todos los componentes y procesos necesariamente involucrados alrededor del tratamiento que se otorga en estos contextos judiciales.

El término juzgado para el tratamiento de las adicciones (JTA) refleja el consenso alcanzado por el equipo interdisciplinario del programa piloto que se implementó en Nuevo León a partir de septiembre del 2009. Describe el trabajo para denominar lo que en EU se conoce como Drug Court (corte de drogas), y que en Latinoamérica, en gran parte derivado de la experiencia chilena, se conoce como tribunal para el tratamiento de drogas (TTD). El JTA es, hasta la fecha, la única experiencia formal y oficial en nuestro país que integra, en su mayoría, recursos y procesos similares a los ejemplos arriba citados. Sin embargo, en cuanto a los procesos judiciales involucrados, el JTA de Nuevo León sólo contempla lo relacionado con la pre sentencia.

La mayoría de las referencias bibliográficas aquí vertidas derivan de la evaluación de resultados y de la investigación especifica que se ha realizado sobre todo en EU con el afán de mejorar lo que hasta ahora a ellos les ha resultado una práctica exitosa, y que para nosotros resultan en documentos de estudio y justificación de acciones.

Esta última consideración explica la dificultad para sostener constante y categóricamente el término: "Juzgado para el Tratamiento de las Adicciones",[1] y la constante referencia al término corte de drogas. Espero que esta anotación evite cualquier confusión al respecto.

Si bien este capítulo está escrito de manera tal que pueda ser recibido por toda persona interesada en conocer que es el tratamiento en el Juzgado para el Tratamiento de las Adicciones (JTA), en su elaboración, fue inevitable estar pensando en el conocimiento básico que a juicio de quien esto escribe tienen que poseer aquellos que ahora mismo están integrando el equipo interdisciplinario de un JTA, a saber: jueces, fiscales, defensores, oficiales de custodia, etc., pero particularmente en aquellos que incluidos en esta interdisciplinariedad, constituyen la parte que otorga u otorgará el tratamiento.

El propósito principal de este capítulo es revisar los principales enfoques de tratamiento que actualmente se utilizan en las Cortes de Drogas (EU) y para facilitar su mejor entendimiento y aplicación, es necesario comentar acerca del alcohol y otras drogas como sustancias adictivas y de sus efectos en las personas que las usan. Es decir, se hace necesario enunciar el campo común donde tratan de incidir todos los tratamientos de las adicciones, y

desde ahí pasar al tratamiento en Cortes de Drogas.[2]

Sin embargo, la primera parte del capítulo se utiliza en una discusión más general, pero singularmente importante en el proceso, para definir el tratamiento de las adicciones en el sistema judicial. Esta primera parte pretende ubicar al lector, sobre todo a aquel que está familiarizado con el tratamiento de las adicciones, en la importancia que lleva el trabajar, ejerciendo un rol y función en el todo de un equipo interdisciplinario y no sólo en un enfoque al que genéricamente se le nombra tratamiento de las adicciones bajo supervisión judicial, por el solo hecho de que en alguna parte del proceso de tratamiento se encuentra involucrado un juez.[1]

También me resulta pertinente mencionar ahora, acerca del término con el cual nombro genéricamente a quienes prestan el servicio de tratamiento en el JTA; en la mayoría de las ocasiones me refiero a ellos como consejeros (especialistas certificados en el tratamiento de las adicciones) y sólo en algunas ocasiones habré de referirme a una profesión especifica como médico o psiquiatra por el resultado de que su acción refleja una función insustituible.

Por último, hago alusión a otro término que es común en las cortes de droga, donde se le denomina participante a la persona que es objeto del beneficio completo. El término se extiende, por supuesto, al tratamiento y de principio esto contrasta y marca diferencias específicas, con el de paciente, o cliente, u otros utilizados habitualmente en los tratamientos convencionales.[1]

EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN EL SISTEMA JUDICIAL

La participación del consumo problemático del alcohol y otras drogas en casos relacionados con la acción del sistema judicial, es un viejo problema conocido que desgraciadamente en los tiempos actuales está tomando más relevancia en nuestro país y en el resto del mundo.[1]

En EUA se estima que aproximadamente cuatro de cada cinco (80%) de los delincuentes están involucrados en algún nivel con el consumo de alcohol o sustancias.[1]

En México, las estimaciones señalan que 60% de los delitos son cometidos por adultos consumidores de drogas (ICESI 2010 (cita: año, libro, artículo, autor).

A pesar de reconocer algunos esfuerzos aislados, lo significativo para quien esto escribe, es que el problema no ha sido suficientemente estudiado y en términos generales cuando se hace referencia a esto, se habla genéricamente del tema de "la relación droga-delito"[2] y luego, para llenar el hueco, se mencionan algunas estimaciones estadísticas como las arriba citadas y se da por cubierto el tema.

Pero la mejor prueba, es el desconocimiento del que hacemos gala cuando escuchamos o expresamos opiniones al respecto. Con frecuencia, quie-

nes hemos estado en el campo de la salud, solamente abordamos esta temática cuando hablamos de las "complicaciones" de la adicción y específicamente, cuando se está en campo del tratamiento; en el mejor de los casos, se anota el "asunto" en la evaluación general bajo el apartado de "problemas legales" con lo cual se deslinda, ahora, como un "asunto del paciente y su familia".[1]

Por otro lado, no es infrecuente escuchar a quienes desde el campo de lo judicial se refieren a la adicción como una más de las conductas que son propias de un delincuente, o escuchar incluso, que los rasgos psicopáticos son uno de los criterios de la adicción.[3]

También sabemos que cuando se presenta esta combinación de problemas (el delito y la adicción) se abordan sólo con los, hasta ahora, recursos disponibles en uno u otro de estos campos, los resultados, en cuanto al tratamiento de la adicción específicamente y su repercusión en el caso judicial, no han sido buenos y saltan a la vista.[4]

Las estimaciones de recaída a un año de finalizado un tratamiento convencional comunitario son de 70 a 80%.[5] Por otro lado, y resulta hasta ocioso mencionar que el encarcelamiento por sí solo no ha sido suficiente.[6]

Sobre estas últimas premisas que siguen siendo válidas en muchas regiones y países surgen las cortes de drogas.[6] Hoy día, cualquier corte de drogas trabaja sobre la base de integrar estos puntos de vista, pero siempre parte de conceptualizar a la adicción como una enfermedad crónica que tiene recaídas.

Este principio es importante, sobre todo porque el primer contacto con este programa no es la convencional búsqueda de alivio a la enfermedad, como ocurre en los tratamientos que se ofrecen en la comunidad; en estos casos, el primer contacto al tratamiento de la adicción, se da por la comisión de un delito y que además, por tal acto, ya existe una acusación o arresto.[7]

En EU, el primer contacto de estas personas con la corte de drogas, se ha operacionalizado de la siguiente manera (NDCI):[1,6]

A. Fueron detenidos por un cargo relacionado con alcohol o drogas.

B. Estaban intoxicados en el momento de la comisión del delito.

C. Reportaron haber cometido el delito para sustentar su hábito a las drogas.

D. Tienen una historia significativa de tratamientos por abuso de substancias.

En otras palabras y en el objetivo de seguir orientando la discusión hacia el tema del tratamiento, la población blanco de atención de un consejero del JTA y de la mayoría de las Cortes de Droga, son aquellas personas que desde el punto de vista judi-

cial ya cometieron un delito o una infracción a la ley, y tienen como consecuencia un proceso judicial vigente en su contra (por el cual pueden ir a, o están ya en la cárcel) y, por ende, son: personas que están con un proceso de suspensión a prueba, o bien están en libertad condicional o en libertad bajo palabra, etc. Pero que (elegibilidad), además, desde el punto de vista de la salud (tratamiento recuperación) se trata de consumidores "fuertes". Es decir, sólo para quienes cumplen los criterios diagnósticos oficiales (ICD-10; DSM 4-R) de abuso o dependencia de alcohol y/o sustancias.[1]

En este sentido, un dato que orienta al respecto es que menos de la mitad (45%) de los presos adultos (en cárceles de EUA) cumplen con los criterios oficiales para el diagnóstico de dependencia de sustancias.[1]

Con base en lo anterior y porque considero que lo que define el tratamiento en la corte de drogas está contenido en lo que sigue cito textualmente a Steve Hanson (2011):[1] "un objetivo primordial, por lo tanto, en la programación penitenciaria efectiva es garantizar que los delincuentes asociados con el consumo de drogas cumplan con sus obligaciones de tratamiento".

Y agrega "aunque alguna vez erróneamente se creyó que los individuos adictos no deberían ser coercionados para recibir tratamiento con resultados efectivos, las investigaciones indican que los individuos que entran en tratamiento de abuso de sustancias bajo la amenaza de una sanción legal tienen buenos resultados, y a menudo sensiblemente mejores que aquellos que entran a tratamiento voluntariamente.

El lector rápidamente puede encontrar la similitud entre esta afirmación y lo publicado por Nida[8] en cuanto a los principios de un tratamiento efectivo:

El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz. Las sanciones o los premios provenientes de la familia, el ambiente laboral o el sistema de justicia penal pueden incrementar significativamente el número de pacientes que ingresan a los programas de tratamiento, el índice de permanencia en ellos y el éxito final de las intervenciones de tratamiento para la drogadicción.

Entonces, el consejero estará en condiciones de conceptualizar lo que dice Steve Hanson:[1] "La cuestión importante no parece ser por qué entran a tratamiento, sino más bien cuánto tiempo permanecerán en tratamiento y si los servicios recibidos son eficaces y están basadas en evidencia".

La meta del juez es utilizar la autoridad y los procedimientos de la corte de drogas para asegurar el cumplimiento del tratamiento y las obligaciones del programa".

DESARROLLO DE LA ADICCIÓN

Es importante que todo el equipo interdisciplinario tenga un conocimiento general y específico, de por qué el alcohol y otras drogas son substancias adictivas y porque la adicción es una enfermedad que requiere un tratamiento específico.[1]

Resulta útil empezar la discusión definiendo que es la adicción. Esta vez utilizó la que hace Savage (libro, artículo, autor, etc.):

"Es una enfermedad primaria, crónica (con recaídas), neurobiológica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestación y que se caracteriza por conductas que incluyen una o más de las siguientes: pobre control del uso de drogas o un uso compulsivo, el uso continuado de la droga a pesar del daño, y el craving (un fuerte deseo o compulsión para consumir la droga)".

Esta definición se conoce como la de las "3 c", porque permite recordar fácilmente las características conductuales de la adicción, a saber: un problema del control del uso, empobrecido, sin rienda. El adicto no puede controlar el uso de la droga a diferencia del usuario ocasional y a menudo niega tener perdido este control. Un uso continuado, la droga, como explicaremos más adelante provoca al principio una sensación placentera y por lo mismo algunas personas no resisten usarlas de nuevo, pero después de un uso persistente empiezan a cambiar los procesos de recompensa (placenteros y gratificantes) del cerebro incluso ante ciertas conductas que naturalmente son placenteras. Alterado este sistema de recompensa natural, el adicto empieza a tomar la droga a pesar de estar consciente del daño que le provoca a él (y en segunda instancia a los suyos). Por último el craving es difícil encontrar una buena traducción para este término al grado de que prácticamente lo hemos incorporado en nuestro lenguaje, un equivalente al término se encuentra en The International Classification of Diseases (ICD-10) que lo define como un fuerte deseo o compulsión para consumir drogas. Es una conducta de búsqueda de la droga. Explicada por el mismo adicto como una necesidad intensa de tener la droga, incluso ironiza con esta conducta, "como es posible que por el hoyo de una puerta anónima meta el dinero, sin ver a quién y espere, confiado, que por el mismo lugar salga otra mano con una droga, la que sea". Es un impulso desenfrenado, que no de abstinencia.

En esta definición está implícito el concepto del carácter neurobiológico de la enfermedad, lo cual resulta muy útil para entender el desarrollo de la adicción.

Todas las drogas de abuso actúan primero mimetizando los efectos de los neurotransmisores que naturalmente se encuentran en el cerebro del ser humano. Los neurotransmisores son químicos que estimulan la acción de la células cerebrales (neuronas) actuando como señales entre ellas.

Cuando un neurotransmisor llamado dopamina se libera en una parte del cerebro llamada núcleo accumbens, el resultado es una intensa sensación de euforia. Por esta razón, al núcleo accumbens y otras partes del cerebro incluyendo la llamada área ventral tegmental (y otras) se les conoce como el sistema de recompensa (gratificación).[9]

Decíamos líneas arriba que nuestro cerebro ha desarrollado este sistema de recompensa para hacer que ciertas actividades, algunas vitales para la supervivencia del individuo y de la especie, como el comer, el beber y la actividad sexual, sean tan placenteras que puedan repetirse una y otra vez.

Pero lo importante ahora es saber que algunas drogas de abuso pueden sobre activar estas regiones cerebrales de tres (como es el caso de la cocaína) a diez veces (en el caso de las metanfetaminas) por encima de sus niveles normales. Obvio es que la sensación consecuente es un placer intenso y provoca un fuerte y persistente deseo de repetir la experiencia.

El problema se agrava porque después de un tiempo de uso continuado de la droga, la producción natural de los neurotransmisores se altera. El cerebro se ajusta a éstos, artificialmente altos niveles de actividad neuronal disminuyendo la manufactura de sus propios neurotransmisores o bien, disminuyendo la habilidad de las neuronas para responder a ellos.

El resultado es que el cerebro puede volverse dependiente de estas sustancias artificiales incluso hasta para mantener sus funciones esenciales.

Pero particularmente cuando un individuo deja de consumir alcohol u otras drogas, el cerebro se encontrara con niveles insuficientes de los neurotransmisores necesarios. Esto provoca una de las manifestaciones físicas críticas de la adicción: Sin estos niveles otrora naturales, el individuo ya no puede derivar placer de las actividades de la vida básica que mencionamos líneas arriba y por el contrario empieza a experimentar sentimientos de aburrimiento, letargo y anhedonia (incapacidad para experimentar placer o gratificación). Con este nivel de respuesta a la recompensa como línea base, la búsqueda de la droga ya no sólo es para volver a experimentar placer, sino también para no experimentar el displacer del aburrimiento o algunos síntomas depresivos.

Pero además estos niveles insuficientes invocan los síntomas de abstinencia tales como dolores óseos y musculares, náusea, agitación, ansiedad y sudoración difusa. El adicto sabe que con el solo hecho de volver a consumir la droga para en seco estos síntomas. Y con esta experiencia cierra un ciclo de reforzamiento perpetuo. Descenso de los niveles de la sustancia en la sangre, alivio y euforia al volver a consumir la droga y de nuevo reanudación del malestar por el descenso de los niveles.

Se sabe que muchas personas logran alejarse de las drogas, pero muchas otras, aun queriéndolo, necesitan intentarlo una y otra vez. Éstas son las personas con mayor riesgo de volverse adictos. Repiten estas conductas tan a menudo que ni siquiera las hacen conscientes. Están tan arraigadas que las realizan casi automáticamente. Detener estas conductas no es fácil. El siguiente concepto neurobiológico es útil para explicar en parte lo anterior. Tiene que ver con la mielinización (algunos autores hablar de arborización) de las vías neuronales de estas conductas.

Entre más frecuentemente se utilicen las vías neuronales de las conductas que llevan al consumo, más mielina (y aislamiento) envolverá las neuronas a lo largo de la vía para que estas vías se hagan más eficientes y aceleren la conducción de los impulsos.

Para que una persona pueda retirar el alcohol u otras drogas, requiere desarrollar vías neuronales alternativas que puedan competir contra el abuso de sustancias. Toma mucho tiempo y practica mielinizar las vías alternativas neuronales de conductas que los alejan de las drogas hasta el grado de que la persona las utilice casi automáticamente. El adicto que se ha recuperado lo sabe y de alguna manera sabe también de la existencia de las vías anteriormente utilizadas, tal vez por eso una persona recuperada nunca se asume sanada de la enfermedad.[9]

QUÉ ES LO QUE HACE EL TRATAMIENTO?

Todo tipo de tratamiento de la adicción, parte de considerarla como una enfermedad crónica que tiene tendencia a la recaída y necesariamente incorpora los conocimientos que actualmente tenemos de su desarrollo neurobiológico y de los efectos cognitivos de las drogas.[6]

Entiende que para ayudar a una persona es necesario que ésta logre cambios en sus conductas, y en los pensamientos y sentimientos de sí mismo.[1]

Por tales razones, los tratamientos para el abuso de sustancias enfatizan en algunas áreas que son esenciales para ayudar al adicto a través de este proceso.

El campo común donde la mayoría de los autores coinciden en cuanto a las áreas de énfasis en los tratamientos, son magistral y didácticamente expuestos por Steve Hanson).[1]

Las tres principales áreas son:

La motivación, el insight y las habilidades conductuales.[1]

La motivación: Como es conocido, la gran mayoría de los pacientes que abusan de sustancias abandonan el tratamiento prematuramente.[6,7]

Sabemos que son muchas las razones que los impulsan a la recaída: el craving, los síntomas de abstinencia, el pobre control de impulsos y la anhedonia. No es fácil para ellos alcanzar la sobriedad.

Un adicto requiere sostener siempre niveles altos de motivación, tanto para iniciar como para mantenerse en este proceso de cambio.[10]

Mantenerlos motivados, resulta entonces la principal preocupación en este tipo de tratamientos.

Para un adicto, la vida en la enfermedad es lo habitual, es lo conocido por él y suele estar consciente

del daño que se causa a sí mismo. Entre ellos es muy conocida la frase de "tocar fondo", o bien dicen: "nadie llega al tratamiento ni antes ni después". Y no se debe dejar de lado la sabiduría popular que encierran estas frases. Una manera de entender lo anterior es cada quien tiene o encuentra un motivo en particular suficientemente importante para abandonar esta vida en la enfermedad, también es otra forma de decir que no hay dos personas iguales por muy parecidas que hayan sido las circunstancias que los llevaron, primero a la adicción y luego a la recuperación que es lo nos ocupa ahora.

El tratamiento en la Corte de Drogas puede ser muy efectivo para ayudar a que el adicto encuentre esta motivación.[6]

Esto es porque la motivación no es necesariamente sinónimo de un deseo interno de cambio.

Como pudiera ser la acepción de motivo en el sentido psicoanalítico, que está muy en la línea del deseo interno, a propósito, la gente del modelo social no acepta a alguien en tratamiento sino convence antes al evaluador de sus razones.

Las personas participantes en el tratamiento de adicciones de la Corte de Drogas, pueden estar motivadas a cambiar su conducta simplemente para evitar otro problema como puede ser el encarcelamiento.[6] Tal motivación externa puede, de verdad, ser la única razón que mantiene a los infractores adictos en el tratamiento durante los primeros meses posteriores a su arresto. El punto importante aquí es que esta motivación externa es mucho mejor que ninguna (motivación). Si el temor a una sanción legal es suficiente para mantener al adicto en tratamiento, entonces que así sea.

Lo anterior no debe ser desdeñado de ninguna manera.

Veamos el siguiente ejemplo: hace tiempo entreviste a un hombre joven que junto con su esposa habían sido arrestados por un problema relacionado con drogas. Ambos eran adictos. Producto del arresto, las autoridades les habían retirado el cuidado de sus dos hijos, ahora en manos de una agencia especializada. A ambos se les ofreció el beneficio del programa de corte de drogas. Sólo el joven lo aceptó. Abiertamente decía que entró al programa, primero para evitar la cárcel y luego para tratar de recuperar la custodia de sus hijos. La madre no aceptó el beneficio a pesar de tener, aparentemente, las mismas motivaciones.

Con el tiempo, sin embargo, el objetivo importante del tratamiento es pasar de esta motivación externa a un estado de motivación interna. Por lo general, esto ocurre cuando el participante empieza a experimentar los beneficios de la sobriedad, tales como una mejor vida de salud y de relación familiar.[11]

El insight: Este término, al igual que el de craving, se ha integrado ya en nuestro lenguaje. Se puede traducir al español como visión interna. En psicología se usa para designar la comprensión de algo.

Mediante un insight, el sujeto capta e internaliza, comprende, una verdad hasta ahora revelada. Un insight lleva a cambios en la conducta de la persona

porque no sólo afecta a la percepción del sí mismo, sino a la vida de relaciones con los demás, desde que le aporta una conciencia, comprensión y sentimiento claros y profundos con respecto al significado de las conductas personales gracias a lo cual puede modificarlas.

Para propósitos del tratamiento, el insight tiene que ver con saber por qué y que hay que cambiar. Porque el solo hecho de desear una mejor vida no significa que el adicto sepa qué hacer para implementar los cambios.

El autoconocimiento resulta entonces una parte muy importante para sostenerse en la recuperación a largo plazo.[11,12]

Porque en el mismo proceso de reconocer, entre otras cosas, cuáles son los factores desencadenantes (por ejemplo, ansiedad, depresión, incapacidad para involucrarse en relaciones interpersonales, etc.). Que lo llevan al consumo, también encuentra la clave para evitar recaídas en el futuro.[1,13,14]

Los tratamientos efectivos para el abuso de sustancias focalizan en ayudar a reconocer estos factores desencadenantes y a desarrollar estrategias de mayor eficacia adaptativa para lidiar con ellos cuando surjan.[1,6]

Las habilidades conductuales: A propósito de esta área, vale recordar ahora lo que mencionábamos acerca de la mielinizacion de vías neuronales que privilegian ciertas conductas que se repiten casi automáticamente y que perpetúan el consumo de drogas en el adicto.

El desarrollo de habilidades conductuales es otro foco importante en un tratamiento efectivo. No basta que una persona desee cambiar, tiene que aprender cómo hacerlo. Cómo evitar las drogas, cómo manejar los cravings.[1,13,14]

En términos generales, cómo responder (no sólo saber) apropiadamente a los factores desencadenantes no es, para nada, algo fácil y requiere habilidad y practica para decir un simple no a una oferta de droga.

A menudo el aprendizaje es por ensayo y error y a veces son muchas las experiencias de fracaso antes de alcanzar el éxito. El consejero siempre tiene que estar atento porque el adicto dice sí a la droga antes de pensarlo y hacer consciente el acto.[1,6]

La práctica constante ayudará al desarrollo de nuevas conductas adaptativas, hasta lograr hacerlas, también casi automáticamente, de manera que ya no sea necesario detenerse a pensar y hacer consciente la mejor manera de enfrentar situaciones problemáticas.

DEFINIENDO LAS PRÁCTICAS UTILIZADAS EN LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES DE LA CORTE DE DROGAS

Dado que el énfasis de este apartado es la mención y descripción de las practicas más utilizadas

en las cortes de drogas, conviene mencionar rápidamente algunos términos y conceptos relacionados con una descripción más general de los tratamientos de adicciones, que tienen que ver con modelos, programas, prácticas (basadas en la evidencia y mejores prácticas), y modalidades o niveles de atención.[6]

Por ejemplo, en el Estado de California, E.U., Se reconocen cuatro modelos de tratamiento (recuperación) para las adicciones, a saber: el modelo médico, el modelo de comunidad terapéutica, el modelo educativo (que incorpora la práctica de la terapia cognitivo conductual) y el modelo social (que incorpora los principios de ayuda mutua, filosofía de pares y manos a la obra).

Estos modelos están claramente definidos y delimitados con base en las características de sus programas, el énfasis puesto en lo individual o lo comunitario, los factores etiológicos tomados en cuenta y las estrategias terapéuticas.[1]

Los modelos de tratamiento son, entonces, la base sobre la cual habrán de desplegarse las competencias clínicas (conocimientos, habilidades y actitudes) de los consejeros,[7] pero son los programas, la modalidad o nivel de atención y la utilización de prácticas claras y específicas los que habrán de sustentar el trabajo.

Los objetivos generales de un servicio de tratamiento están en su programa, que delimita (y define) el compromiso de lo que es capaz de hacer. El programa contiene las prácticas para sustentar o explicar cómo lo hace y la modalidad o el nivel de atención que es el formato de tiempo y espacio donde aplicará sus acciones.

Ahora bien, y regresando al tema, si el servicio de tratamiento de una Corte de Drogas en EU, cuyo programa de tratamiento no tenga intervenciones específicas para mejorar la motivación, incrementar el insight, y desarrollar habilidades conductuales para que el usuario rechace la droga, entonces sólo será cuestión de tiempo para que la corte busque un nuevo programa de tratamiento.[6]

Y es que la investigación en el campo del tratamiento del abuso de substancias ha demostrado que los programas efectivos incorporan en sus regímenes intervenciones específicas y diseñadas para incidir y enfatizar en estos tres factores críticos en sus planes de tratamiento.[6,7]

PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIA (PBE)

Esta investigación ha determinado cuáles son las prácticas basadas en la evidencia y cuáles son las llamadas mejores prácticas que fundamentan la efectividad de un tratamiento.

Una práctica basada en la evidencia (PBE) es aquélla que ha demostrado mediante estudios de investigación estrictamente controlados, ser eficaz para ayudar a las personas a recuperarse de la dependencia de sustancias.[1,6]

Tal y como ocurre con los medicamentos y ciertos dispositivos médicos, en donde la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por su siglas en inglés) les requiere por lo general, de pruebas de eficacia de al menos dos estudios experimentales aleatorios y controlados.

La exigencia de criterios comparables para las PBEs ha sido recientemente aprobada para las intervenciones conductuales, incluyendo, por supuesto, la consejería de las adicciones.[1]

Para quien quiera revisar al detalle, la lista completa de PBEs, la podrá encontrar en el registro nacional de prácticas y programas basados en la evidencia de SAMHSA (http://www.nrepp.samhsa.gov)

MEJORES PRÁCTICAS

Las llamadas mejores prácticas (MPS) son aquéllas que no necesariamente han demostrado su efectividad a través de estudios de investigación estrictamente controlados, pero que tienden a ser implementadas por programas de tratamiento efectivos.[12] Como bien dice Hanson,[1] quien hace la siguiente analogía: si alguien quiere convertirse en un buen jugador de golf, una buena idea sería tratar de emular a Tiger Woods u otros golfistas de alto rendimiento. Esto por sí solo y, por supuesto, no será garantía de éxito, pero sí tendrá un excelente sentido lógico de que se está moviendo en la dirección adecuada, del mismo modo, si un programa quiere ser efectivo, también hace mucho sentido que adopte prácticas de programas exitosos y trate de evitar aquellas de programas inefectivos.

Las siguientes son algunos ejemplos de prácticas (PBEs y MPS) que suelen ser utilizadas en los programas de tratamiento del abuso de sustancias en las cortes de drogas.[1]

La Terapia de Logro Motivacional (TLM) y la Entrevista Motivacional (EM), La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), el Manejo de la Contingencia (MC), la terapia de prevención de recaídas, y los grupos de recuperación de auto-ayuda.

LA TERAPIA DE LOGRO MOTIVACIONAL Y LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Son estrategias de consejería no directivas, que se centran en mover a los individuos adictos a lo largo de un continuum hipotético de la motivación, desde lo que se nombra la etapa de pre contemplación a lo que se nombra las etapas de contemplación y acción.[15]

La hipótesis es que los individuos que se encuentran en la etapa de pre contemplación por lo general no están conscientes o no están convencidos de que tienen un problema, o bien sienten que no están preparados o se muestran desinteresados en hacer un cambio.

Ignorando o evitando la resistencia más que confrontándola, el consejero ayuda gentilmente al cliente a reconocer como el alcohol o las drogas ha interferido para alcanzar sus metas de vida.

El reconocimiento de los efectos negativos de la adicción, mueve al cliente hacia la contemplación de la importancia de permanecer en abstinencia (limpio), y después a la toma de acciones concretas para lidiar con el problema.

La utilización de estos procedimientos ha demostrado que incrementan significativamente la retención y el apego al tratamiento por parte de los adictos.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

La TCC es un ejemplo de una técnica centrada en el insight que ha demostrado buenos resultados entre los toxicómanos.

La TCC señala que nuestras conductas maladaptativas son más que nada causadas por una inadecuada interpretación de los eventos, que por los hechos mismos.

Con frecuencia nuestras interpretaciones están equivocadas, dando como resultado un comportamiento improductivo... O aun peor.

Por ejemplo, una persona que ha sido promovida en su trabajo podría sobre reaccionar a esto y concluir que él o ella no es adecuado para eso y nunca ascenderá a nada. Haciendo una interpretación catastrófica y fatalista de los eventos, podría hasta justificar la renuncia y hacer uso de las drogas.

Ayudar al cliente a darse cuenta que es posible que pueda negarse a ascensos en su trabajo por cualquier razón, y que algunas de estas nada tienen que ver con sus habilidades, puede ser la forma de prevenir la autocompasión y detener el camino auto destructivo del abuso de sustancias.

También sirve para crear un plan de acción realista que pueda ayudar al cliente a lograr un ascenso en el futuro. Por ejemplo, quizá él o ella deben tomar una clase adicional para aprender nuevas habilidades que se requieren para un cargo de nivel superior.[14,16]

En lugar de sobrestimar la gravedad del evento y renunciar, el individuo es ayudado a poner el evento en perspectiva y adoptar medidas concretas para hacer el futuro mejor.

(MC) MANEJO DE LA CONTINGENCIA ([CM] CONTINGENCY MANAGEMENT)

También conocido como condicionamiento operante, incentivo motivacional o refuerzo positivo –es un procedimiento estandarizado que recompensa a los clientes con incentivos tangibles por el hecho de sostenerse en conductas apropiadas que conducen a la recuperación–.

En un tribunal de drogas, las conductas apropiadas normalmente incluyen abstenerse del consumo de drogas, asistir a tratamiento e incluso obtener un trabajo o completar algún plan de estudios.[1,6]

Al recompensar estas conductas apropiadas, el cliente aprende y adopta estas conductas más rápido.

La investigación ha demostrado que los programas de mc pueden ser muy eficaces para reducir el abuso de sustancias, aumentar el apego al tratamiento y mejorar el comportamiento social.

Varias formas de recompensa por los comportamientos positivos se utilizan con los participantes. Ejemplos de recompensar en los tribunales de drogas podrían incluir desde los elogios verbales del equipo multidisciplinario, pases para el cine y cupones o vales que son canjeables por artículos de una tienda de consumo.

Como se señaló anteriormente, es importante aplicar los procedimientos de MC y otros EBPs en forma estandarizada.

La investigación ha demostrado que algunos programas de mc son considerablemente más eficaces y rentables que otros, y que es una buena idea diseñar un programa propio después de que estos programas mc han demostrado que funcionan.[1,6]

Por ejemplo, los programas MC son sustancialmente más eficaces cuando el uso de la sustancias es monitoreado varias veces por semana, cuando la elegibilidad de los clientes para obtener recompensas se hace por lo menos cada semana, cuando las recompensas dependen de conductas únicas y bien definidas, como puede ser una muestra de orina negativa a cocaína.

(TPR) TERAPIA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (RPT RELAPSE PREVENTION THERAPY) es una intervención estructurada que ayuda a los clientes a identificar sus muy personales motivos desencadenantes de recaída y el proceso por el que estos los conducen hacia el camino del abuso de sustancias.[7]

Poder reconocer los primeros signos de advertencia de una inminente recaída, les dará el tiempo para cambiar el rumbo y evitar el desastre.

Ejemplos de medidas que podrían adoptarse para evitar recaídas incluyen evitar cierta gente, lugares y cosas que están asociadas con el uso de la sustancia; pruebas de realidad para hipótesis excesivamente optimistas sobre la capacidad de utilizar drogas con impunidad; y reconsiderar las expectativas excesivamente favorables sobre los efectos positivos del alcohol u otras drogas.

Por ejemplo, en lugar de fantasear acerca de cómo lo haría sentir una buena intoxicación, sería más adaptable para recordar la realidad de lo mal que lo hacían sentir los síntomas de abstinencia y ansiedad durante episodios anteriores. La enseñanza de estas habilidades conductuales a los clientes han demostrado incrementar considerablemente la abstinencia y reducir la probabilidad de recaída tras un periodo de tratamiento.

PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN DE AUTOAYUDA

Los programas de recuperación de autoayuda son grupos de apoyo entre pares que no involucran a profesionales.

Estos grupos ofrecen enormes ventajas porque son libres, están disponibles en la gran mayoría de las comunidades y sesionan varios días por semana y en distintos momentos del día.

Muchos de los grupos son abiertos, lo que significa que virtualmente cualquier persona que tenga un interés legítimo en acudir podrá asistir.

Los grupos normalmente enfatizan la abstinencia total en contraposición a la utilización controlada o reducida de sustancias y respalda firmemente la progresión de los miembros a través de los 12 pasos que forman la base filosófica de programas tales como alcohólicos anónimos (AA) o narcóticos anónimos (NA).

Los 12-pasos incluyen el reconocimiento de la pérdida de control sobre la adicción, la petición de ayuda desde un poder espiritual superior, la realización de un inventario moral de las propias deficiencias personales y la reparación del maltrato a los demás.

También es normal que los participantes hagan pareja por un periodo de tiempo con un padrino que a su vez ha logrado un sostenido período de sobriedad y que está disponible para prestar apoyo y asistencia 24 horas al día.

Los programas de doce pasos son los primeros en reconocer que no son de tratamiento en el sentido formal, sino son más bien grupos de atención continua y de apoyo entre pares.

Aunque ha sido difícil llevar a cabo un tipo de investigación controlada en estos programas, necesaria para poder establecerlos como una EBP, se deriva a estos grupos, sin duda alguna, como una BP para personas adictas.

Es decir, los programas de tratamiento más efectivos desarrollan estrechas relaciones con la comunidad local de 12 pasos y dependen en gran medida de esa comunidad para proporcionar atención permanente a sus pacientes durante el tratamiento y después de que han sido dados de alta del tratamiento.

Las pruebas de investigación son muy claras en afirmar que los individuos adictos que ya han participado activamente en grupos de apoyo entre pares, tienen mayor oportunidad de alcanzar una sobriedad sostenida y de largo plazo.

Un aspecto importante acerca de los programas de 12 pasos es su creencia en el reconocimiento de un poder espiritual superior, esto ha sido interpretado por los tribunales de apelación como un componente de significado religioso que pudiera desencadenar las objeciones de la primera enmienda.

Los tribunales de apelación no permiten que el Estado pida asistencia a estos grupos a menos que también ofrezca una alternativa laica.[1,6]

Hay varias alternativas laicas que pueden ser ofrecidas a los participantes del tribunal de drogas.

Por ejemplo:

Smart recovery (http://www.smartrecovery.org) y

Save ourselves (sos) (http://www.sossobriety.org)

Estos programas tienen una orientación científica o cognitiva en contraposición a una orientación religiosa o espiritual.

MEDICAMENTOS PARA LA ADICCION[2]

Los medicamentos para la adicción son extremadamente subutilizados en el sistema de justicia penal.

Las pruebas que apoyan la efectividad de varios medicamentos para la adicción son incontrovertibles, y no hay ninguna justificación empírica para negarlos a los delincuentes adictos.[1,17]

El Instituto Nacional Sobre Abuso se Drogas (NADA) ha publicado un documento rector titulado principios de tratamiento para el uso indebido de drogas en poblaciones de la justicia penal, que establece:

Los medicamentos pueden ser un componente importante el tratamiento eficaz del abuso de drogas eficaces en delincuentes.

Al permitir que el cuerpo funcione normalmente, permiten al adicto a dejar atrás una vida de crimen y drogas de abuso.

Los medicamentos agonistas a opiáceos, que funcionan sustituyendo a los neurotransmisores de las células cerebrales alteradas o desensibilizadas como consecuencia del uso indebido de drogas, tienden a ser bien tolerados y pueden ayudar a una persona a permanecer en tratamiento.

Los medicamentos antagonistas, que funcionan mediante el bloqueo de los efectos de una droga, son eficaces, pero a menudo no se toman según lo prescrito.

A pesar de la evidencia de su efectividad, los medicamentos para la adicción son subutilizados en el tratamiento de los toxicómanos dentro del sistema de justicia penal.

Aun así, algunas jurisdicciones han encontrado maneras para implementar con éxito la farmacoterapia en delincuentes que abusan de drogas.

No prestar atención a la literatura de investigación médica y a las recomendaciones de las principales organizaciones científicas como Nada puede ser equivalente a participar en una práctica clínica deficiente.

Ha llegado el momento para que el sistema de justicia penal y el sistema de tratamiento del abuso de sustancias para aplicar EBPs, que incluye la administración adecuada de medicamentos prescritos.

Los medicamentos para la adicción tienen un gran potencial para ayudar a los clientes por:

- Proporcionar alivio de los síntomas de abstinencia.
- Bloquear los efectos de las drogas ilícitas.
- Reducir el craving.
- Provocar reacciones aversivas cuando los clientes toman ilícitamente alcohol u otras drogas.

Una clase de medicamentos de la adicción, los llamados agonistas, estimulan el sistema nervioso central (SNC) de la misma manera que las drogas ilegales.

Por ejemplo, la metadona es un opiáceo de prescripción que funciona de manera similar a los opiáceos ilícitos, tales como la heroína.

Sin embargo, debido a que los efectos de la metadona son considerablemente más largos y graduales, y menos intensos que los de la heroína, un individuo adicto puede funcionar con seguridad y eficacia, pero sin euforia, la realización de rutinas y tareas diarias. Un medicamento más reciente, llamado buprenorfina, tiene lo que se denominan propiedades de agonista parcial porque no estimula al SNC en la misma medida.

Para los delincuentes adictos a opiáceos, los medicamentos agonistas pueden controlar o eliminar el craving y los síntomas de abstinencia, y en dosis adecuadas pueden hacer difícil o imposible que el delincuente se intoxique por la sustitución de opiáceos ilícitos.

MEDICAMENTOS PARA LA ADICCIÓN 2

Existe un considerable cuerpo de investigación que abarca varias décadas que han demostrado que la administración apropiada y médicamente supervisada de metadona puede reducir significativamente la delincuencia, la drogadicción y las conductas de riesgo para la salud y contribuir a un mejor funcionamiento adaptativo entre los individuos adictos a opiáceos.

Una evidencia comparable se ha acumulado ahora en favor de la buprenorfina.

Destacan los recientes estudios que demuestran que estos efectos positivos se aplican también para los delincuentes adictos.

A la luz de estos demostrativos hallazgos de investigación, el Instituto Nacional de Corte de Drogas (NDCI) respalda abiertamente la apropiada prescripción basada en la evidencia de medicamentos en los programas de corte de drogas.[1]

Lamentablemente, algunos tribunales de drogas consideran que los tratamientos que prescriben metadona o buprenorfina quizá sean un criterio de exclusión para el programa. Los delincuentes quizá sean rechazados en la corte de drogas o se les puede impedir graduarse con éxito si ellos no descontinúan completamente la medicación.

No hay ninguna justificación científica o empírica de esta exclusión generalizada, y es inconsistente con la literatura sobre EBPs.

Los tribunales de drogas deben, por supuesto, estar observando siempre que los clientes no tengan un doctor-tienda para así obtener recetas de medicamentos que ellos quieren, pero que no necesariamente requieren.

Por ejemplo, algunos pacientes pueden recibir recetas de metadona no como tratamiento para la adicción, sino como un tratamiento para el dolor.

De hecho, la mayoría de las sobredosis y otras reacciones negativas a la metadona son atribuibles a su uso en el tratamiento del dolor en lugar de para el tratamiento de la adicción.

Hay al menos dos cursos de acción abiertos a los tribunales de drogas para enfrentar posibles casos de los doctor-tienda:

- El Juez de la corte de drogas puede citar al médico prescribiente para testificar en la corte o para responder a escritos que piden una consulta relativa a la necesidad del cliente de los medicamentos recetados.[1]

En muchos casos, los médicos pueden no estar conscientes de que el cliente tiene una dependencia de drogas, y el mero hecho de ser citados a la corte de drogas puede alertar al médico para este problema.

Además, tal enfoque puede poner a médicos sin escrúpulos sobre aviso de que debe desistir de prácticas temerarias de prescripción, por lo menos con respecto al caso actual.

- El Juez de la corte de drogas también puede tener la opción de pedir una reevaluación médica del cliente por un médico competente y de confianza, idealmente alguien que haya sido especialmente formado en psiquiatría de adicción: si hay un cuestionamiento importante sobre la conveniencia de un régimen de medicamentos.

Si El Juez, a continuación, se basa en el asesoramiento del experto para requerir una interrupción de la prescripción, el juez no puede ser acusado de "practicar medicina sin licencia" o apartarse de las normas oficiales de la atención.

Por el contrario, la decisión se tomó por un médico competente aplicando normas oficiales de la práctica.

Otra clase de medicamentos de la adicción, los llamados antagonistas, funcionan muy diferente de los medicamentos agonistas porque no estimulan el SNC de la misma que hacen las drogas ilícitas.

Más bien, bloquean los efectos de las drogas ilícitas y no son capaces de provocar una intoxicación por ellos mismos.

Por ejemplo, un medicamento cuyo nombre genérico es naltrexona (nombres comerciales incluyen revia y vivitrol) se une a los receptores opiáceos en

el cerebro e impiden que los opiáceos ocupen las células nerviosas bloqueadas. Como resultado, el individuo no puede ser intoxicado por opiáceos.

Al mismo tiempo, la naltrexona es no-adictiva, no-intoxicante y tiene efectos secundarios mínimos.

Aunque la naltrexona ha sido aprobado para el tratamiento de la adicción a opiáceos y alcohol desde hace décadas, se utiliza con poca frecuencia en la práctica clínica porque los individuos adictos rara vez cumplan con el régimen.

Aun y que la naltrexona en algo reduce el craving y los síntomas de abstinencia de los adictos, tiende a ser rechazada por algunos pacientes a menos que sea parte de un tratamiento basado en la evidencia y de un manejo de caso y, en algunos casos, con monitoreo de la ingesta.

Sin embargo, la versión de acción prolongada llamada vivitrol que ahora se ha desarrollado, proporciona un bloqueo de 30 días con una sola inyección.

Este modo de administración reduce considerablemente los problemas de incumplimiento de la medicación.

Muchas recaídas pueden ser provocadas por cravings intensos. Los cravings implican un alto estrés que pueden afectar el juicio.

En tales circunstancias, ser capaz de reducir el estrés relacionado con el craving contribuirá a mejorar las posibilidades de mantenerse en abstinencia.

El acamprosate (campral) ha demostrado en algunos estudios, pero no en todos, reducir el craving del alcohol.

Otros medicamentos tales como chantix y baclofeno también están siendo estudiados por su capacidad para reducir el craving de la nicotina y la cocaína, respectivamente.

Finalmente, algunos medicamentos pueden precipitar reacciones extremadamente aversivas y desagradables cada vez que un cliente ingiere alcohol u otras drogas de determinados.

El disulfiram (antabuse) es un medicamento no-adictivo que provoca una reacción física incómoda en personas que beben alcohol. Las reacciones incluyen palpitaciones del corazón, sudoración difusa y enrojecimiento severo de la piel.

Como la naltrexona, el cumplimiento del disulfiram tiende a ser pobre entre los individuos adictos al alcohol, pero podría ser mucho mejor para aquellos que están en un tribunal de drogas y, por lo tanto, sujetos a sanciones por incumplimiento.

NIVELES DE ATENCIÓN

Todos los tratamientos farmacológicos y de consejería antes descritos pueden ofrecerse a los clientes dentro de uno de varios niveles o modalidades de atención, que van desde unas pocas horas por semana de asesoría ambulatoria hasta un tratamiento médicamente supervisado en un hospital internado las 24 horas.[1]

El nivel de atención que un individuo requiere normalmente se determina de acuerdo con la estandarización de los criterios de colocación del paciente (PPC por su siglas en inglés) promulgada por la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (ASAM por su siglas en inglés).

Estos PPC otorgan la debida consideración a varios factores, especialmente críticos que incluyen el riesgo de la abstinencia; la presencia de entidades médicas que pueden complicarse o agravarse por el uso de sustancias; cualquier trastorno psiquiátrico o emocional co-ocurrente; la disponibilidad del paciente para el cambio; y el potencial de recaída del paciente.

Por ejemplo, para una persona que tiene un riesgo de síntomas severos de abstinencia se podría considerar que lo más adecuado para su tratamiento es un programa de desintoxicación.

Por el contrario, una persona que tiene un riesgo mínimo de abstinencia, y que no tiene ninguna condición médica o psiquiátrica co-ocurrente y que tiene acceso a un entorno favorable de recuperación puede ser considerada ad-hoc para un tratamiento ambulatorio.

Adicionalmente, la mayoría de los estados tienen definiciones específicas de estos niveles de atención con los criterios que indican la duración y la frecuencia para cada uno.

La selección de la modalidad del tratamiento debe basarse en una evaluación clínica objetiva y puede incluir:

A. Desintoxicación.
B. Rehabilitación de pacientes internados.
C. Tratamiento residencial.
D. Tratamiento ambulatorio intensivo o tratamiento de día.
E. Tratamiento ambulatorio.

A continuación se describen brevemente los distintos niveles de atención.

A. Desintoxicación: La desintoxicación (detox) es un procedimiento médico para un problema médico específico, síntomas graves de abstinencia que, a veces, pueden ser mortales.

Por ejemplo, personas que se están desintoxicando de un alcoholismo crónico o del abuso de drogas sedantes pueden sufrir ataques mortales, tales como delirium tremens (DTS).

Tratar estos síntomas graves es fundamental para estabilizar médicamente a la persona y hacerlo de manera segura durante la primera semana o lo que dure la abstinencia.[9]

El programa de desintoxicación a menudo es administrado en un hospital o en un lugar con recursos hospitalarios, con monitoreo frecuente del paciente por personal médico; sin embargo, en algunos pacientes la desintoxicación puede ser atendida de manera ambulatoria.

La decisión de cuál es el lugar más adecuado para la desintoxicación es una decisión médica que sólo debe ser hecha por un médico.

Los medicamentos pueden ser utilizados para tratar algunos de los síntomas de la abstinencia, tales como los medicamentos anticonvulsivos y ansiolíticos.

El tiempo de estancia para la desintoxicación por lo general está en el rango de tres a cinco días.

Es importante mencionar que la desintoxicación no es lo mismo que un tratamiento para la adicción. Es simplemente un procedimiento de estabilización médica.

Los pacientes que son dados de alta de la desintoxicación sin un intensivo seguimiento de su adicción corren gran riesgo de recaer.

Éste es un enfoque que no es consistente con lo que considera una EBP y no alcanza los criterios de cuidado para el campo.

B. *Rehabilitación de pacientes internados:* La rehabilitación de pacientes internados (rehab) está diseñada para proporcionar un entorno seguro, estructurado y libre de drogas para los pacientes que no han sido capaces de mantener la abstinencia en la comunidad.[1,2,13]

También es ideal para personas cuya salud o salud mental es un riesgo significativo si no permanecen libres de drogas. Las estancias de internamiento suelen estar en el rango de siete a treinta y cinco días, y quizá el programa de 28 días, quizás sea el más común.

El papel del internamiento es preparar al paciente para la atención ambulatoria.

Realizar un internamiento sin un adecuado seguimiento ambulatorio prácticamente garantiza que no se logrará una abstinencia sostenida y esto es incompatible con una EBP.

Además de la administración de medicamentos, los programas de internamiento a menudo incluyen charlas educativas; terapia individual y terapia de grupo; recreación o terapia ocupacional; atención de la salud médica, dental y mental; y la preparación y la iniciación para la participación en un grupo de autoayuda.

Los programas de internamiento pueden ser relativamente caros en comparación con los atención ambulatoria; sin embargo, para personas que requieren estabilización física y emocional, o que viven en entornos de alto riesgo, el internamiento es lo más eficaz y rentable a largo plazo. Ofrecer un nivel más bajo de atención a pacientes que requieren realmente una mayor atención conduce a una baja probabilidad de alcanzar una abstinencia sostenida y puede conllevar a un patrón caro con admisiones repetitivas, de puerta giratoria que consume más recursos por el largo plazo.[1,2,8,11,13]

C. *Programas de tratamiento residencial:* Los programas de tratamiento residencial son típicamente de largo plazo, pero de más baja intensidad que los programas de rehabilitación para pacien-

tes internados y no proporcionan supervisión médica las 24 horas.[1,2,8,11,13]

Los programas de tratamiento residenciales incluyen casas de medio camino, comunidades vivas de apoyo y comunidades terapéuticas. (Algunas casas de recuperación proporcionan servicios formales de tratamiento de abuso de sustancias y así pueden ser clasificados como programas de tratamiento residencial, mientras que otras simplemente ofrecen un lugar para vivir supervisado y son financieramente subvencionadas, por eso no cuentan con licencia y no son formalmente reconocidas como programas de tratamiento residencial).

Los programas de tratamiento residencial ayudan a la persona proporcionándole un entorno seguro y propicio por un periodo de tiempo prolongado. En algunos programas, los residentes trabajan o van a la escuela durante el día y regresan después a la instalación.

Los programas normalmente ofrecen encuentros comunitarios en el lugar, sesiones de asesoramiento profesional, reuniones de autoayuda, ayuda de transporte para asistir a otros programas de tratamiento ambulatorio o a programas educativos o vocacionales en la comunidad.

Los programas residenciales pueden durar de tres meses a un año, y en algunos programas de comunidad terapéutica hasta dos años.

Los costos por día de los programas residenciales son inferiores a las de rehabilitación para pacientes internados, lo cual permite periodos de estancia más largos para estabilizar a los clientes durante la recuperación temprana.

Algunos programas de tratamiento residenciales prohíben trabajar fuera y algunos clientes que tienen empleo o responsabilidades cuidado para sus niños o sus familias pueden tener dificultades para participar en algunos de estos programas residenciales.

D. *Tratamiento ambulatorio intensivo o tratamiento de día:* Los programas de tratamiento ambulatorio intensivo o tratamiento de día habitualmente son de tres a cinco días por semana y cada visita es de varias horas.[1,2,8,11,13]

El tratamiento de día es esencialmente un programa intensivo para pacientes ambulatorios que se reúnen cuatro o cinco días por semana y las sesiones duran todo o la mayor parte del día.

El tratamiento ambulatorio intensivo ayuda a los clientes al inicio de su recuperación a recibir el apoyo y la estructura que requieren.

En la medida en que su recuperación se fortalezca fuerte, el número de visitas disminuirá.

El tratamiento ambulatorio intensivo es el nivel de atención más común para los participantes de los nuevos tribunales de drogas.

Los clientes suelen permanecer de uno a tres meses en tratamiento ambulatorio intensivo, para luego pasar a un tratamiento ambulatorio (descrito más adelante).

El tratamiento ambulatorio intensivo ofrece una alternativa menos costosa que el tratamiento para pacientes internados cuyo entorno y necesidades de estabilización son tales que pueden permanecer en la comunidad.

E. *Tratamiento ambulatorio:* El Tratamiento ambulatorio es el nivel más común de atención de la adicción.[1,2,8,11,13]

Los clientes viven en una casa o en una residencia de la comunidad y asisten a las sesiones del programa.

Por lo general, un tratamiento ambulatorio regular, es de una o dos visitas por semana, con una duración aproximada de una a dos horas por visita.

Los clientes asisten a sesiones de consejería individual y grupal mientras participe en el programa.

La atención ambulatoria siempre debe considerarse en los planes de atención continua para los clientes que dejan mayores niveles de atención. Los clientes podrán permanecer en atención ambulatoria de tres a doce meses o incluso más dependiendo de sus necesidades individuales.

REFERENCIAS

1. Douglas B, Marlowe JD, Meyer JW (Ret.). Manual de Estrado Judicial para las Cortes de Drogas. Instituto Nacional de Cortes de Drogas; 2011, p. 55-84.
2. Andrews DA, Bonta J, Hoge RD. Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behavior 1990; 17: 19-50.
3. CSAT (Center for Substance Abuse Treatment), Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system (Treatment improvement protocol [TIP] Series 44). Rockville, MD. U.S.: Department of Health and Human Services; 2005.
4. Chandler RK, Fletcher BW; Volkow ND. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. JAMA 2009; 301(2): 183-90.
5. CSAT (Center for Substance Abuse Treatment), Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Screening and assessment for alcohol and other drug abuse among adults in the criminal justice system (Treatment improvement protocol [TIP] Series 7). Rockville, MD. U.S.: Department of Health and Human Services; 1994.
6. The National Association of Drug Court Professionals, Drug Court Standards Committee. Defining Drug Courts: The Key Components. January 1997
7. CSAT. Center for Substance Abuse Treatment's Technical Assistance Publication #21, TAP 21.)
8. NIDA. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. 2010.

9. Baler RD, Volkow ND. Drug addiction: The neurobiology of disrupted selfcontrol. Trends Mol Med 2006; 12(12): 559-66.
10. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom G, Woody G, ELuborsky L, O'Brien CP. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: Role of treatment services. J Clin Consult Psychol 1994; 62(6), 1145-55.
11. Leukefeld CG; Tims F; Farabee D. Treatment of Drug Offenders: Policies and Issues. NY, NY: Springer; 2002.
12. Prendergast ML, Podus D, Change E, Urada D. The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. Drug Alcohol Depend 2002; 67(1): 53-72,
13. Knight K, Garner BR, Simpson DD, Morey JT, Flynn PM. An assessment for criminal thinking. Crime and Delinquency 2006; 52(1): 159-75.
14. Knight K, Hiller ML, Broome KM, Simpson DD. Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. Journal of Offender Rehabilitation 2000; 31(1/2): 101-15.
15. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992; 47(9): 1104-10.
16. Kofoed L, Kanis J, Walsh T. Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. Am J Psychiat 1986; 143: 867-72.
17. McLellan AT, O'Brien CP, Lewis D, Kleber HD. Drug addiction as a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and evaluation. J Am Med Associat 2000; 284: 1689-95.
18. McClelland GM, Elkington KS, Teplin LA, Abram KM. Multiple substance use disorders in juvenile detainees. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(10): 1215-24.
19. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index. J Substan Abuse Treat 1992;.9: 199-213.
20. Messina N, Burdon W, Hagopian G, Prendergast M. Predictors of prison-based treatment outcomes: A comparison of men and women participants. Am J Drug Alcohol Abuse 2006; 32: 7-25.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

XIII.
Innovaciones de Procuración de Justicia en el estado de Chiapas

Lic. Raciel López Salazar*

* Procurador General de Justicia del Estado de Chiapas.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas más sensibles y que mayor necesidad tiene la sociedad, es el de ser atendida en forma oportuna y expedita en la procuración de justicia, entendiendo ésta como base fundamental y armoniosa de una sociedad exigente de respeto a sus derechos humanos, así como a la seguridad y convivencia pacífica; para ello la actual administración del Gobierno del Estado de Chiapas mantiene un vínculo de credibilidad y confianza entre la sociedad y las instituciones de impartición de justicia.

Los altos índices de criminalidad y de delincuencia que se han presentado en los últimos años a nivel nacional, han dado como consecuencia que en el Estado de Chiapas, bajo el liderazgo del Gobernador Juan Sabines Guerrero, se desarrollen estrategias de capacitación, fortalecimiento, trabajo en equipo y asesoría, para que los organismos dedicados a la atención de justicia y preservación de la vida y patrimonio, cuenten con los elementos necesarios para otorgar mayor confianza y seguridad al individuo, mejorando con ello su calidad de vida.

Atento a lo anterior y entendiendo que la impartición de justicia no es referente únicamente de represión y castigo, el C. Gobernador Constitucional del Estado, instruye al C. Procurador General de Justicia del Estado de Chiapas, Lic. Raciel López Salazar, para que dentro del marco de sus atribuciones, genere y perfeccione las estrategias y planes que conlleven a sensibilizar a los funcionarios y empleados de la Institución que preside, para que la aplicación de justicia sea complementada con la formación de valores preventivos y humanos. Estas acciones han dado como resultado que Chiapas sea el estado con uno de los menores índices de delincuencia y con consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional; cabe señalar que las acciones que innova la Procuraduría General de Justicia del Estado privilegian la prevención y tratamiento en adicciones, con diseños de programas específicos en valores y estilos de vida saludable, lo que permite que las niñas, niños adolescentes y jóvenes, cuenten con factores protectores de información adecuada y de fácil observancia para evitar el contacto con el alcohol y otras drogas.

En atención a esta problemática de salud pública se cuenta con la instalación de cuatro Centros Especializados para la Prevención y Tratamiento en Adicciones dentro del territorio chiapaneco, mismos que son únicos en su tipo y reconocidos a nivel nacional, y que tienen como función primordial atender de forma gratuita a hombres y mujeres de 14 años en adelante, que independientemente de su credo, afiliación política, preferencia sexual, condición económica, privilegiando la atención a grupos vulnerables, sensibles y comunidades indígenas que presenten un problema de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y con fiel apego a la norma NOM-028-SSA2-2009. De la misma forma se trabaja con las familias de dichas personas de manera conjunta para lograr trascender los estadios de destrucción y violencia para generar familias unidas con perspectivas de desarrollo y crecimiento que fortalezcan a toda la sociedad chiapaneca. Lo anterior llevado a la práctica es lo que hoy en día todos los que honrosamente colaboramos en la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chia-

pas, entendemos como la forma de trabajo y servicio a la sociedad, convirtiéndola en una adecuada y productiva "JUSTICIA PARA TODOS".

CENTRO ESPECIALIZADO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN ADICCIONES (CENTRA)

Introducción

Una de las principales innovaciones en materia de justicia que ha conformado la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, es la creación de los Centros Especializados para la Prevención y Tratamiento en Adicciones CENTRA; organismo creado a partir de la necesidad de suprimir los problemas biopsicosociales en materia de salud pública así como, establecer y perfeccionar mecanismos de prevención y tratamiento con la finalidad de fomentar, en la sociedad chiapaneca, la adopción de estilos de vida saludable para gozar de mejor calidad de vida y salvaguardar sus derechos.

El CENTRA, como organismo dependiente de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, está preparado para otorgar una atención especializada y profesional a personas que cumplen con los criterios propios del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, además de asegurar la prevención dichas problemáticas.

Dentro de los principios fundamentales que rigen a dicho centro se encuentran: el respeto, confianza, profesionalismo, anonimato, amor y servicio; todo ello con el objetivo de brindar apoyo a la sociedad en general cada vez que sea requerido.

El CENTRA constituye los principios de Prevención que soportan la Procuración de Justicia en el Estado de Chiapas, siendo un ejemplo contundente las acciones que se llevan a cabo en el inagotable esfuerzo por prevenir y erradicar el delito (*Figura 1*).

Figura 1.

Creación

El Centro Especializado para la Prevención y Tratamiento en Adicciones CENTRA (*Figura 2*), es puesto al servicio de la sociedad en su primera sede ubicada en el Municipio de Berriozabal, Chiapas, el 29 de junio de 2007, con fundamento en el Artículo 70 del Código Penal Vigente para el Estado.

En los meses de julio, agosto y noviembre de 2009 fueron inauguradas tres sedes más, ubicadas en las ciudades de: Comitán de Domínguez, Tonalá y Tapachula, de conformidad con el Acuerdo No. 20 "POR UN CHIAPAS AÚN MÁS SEGURO".

Fundamento

El CENTRA proporciona de manera gratuita servicios bajo un modelo mixto de tratamiento residencial con fundamento en la Norma NOM-028-SSA2-2009, misma que establece que el tratamiento de este tipo se compone por un modelo profesional y un modelo de Ayuda Mutua. Con lo anterior se pretende, en un periodo de 90 días, lograr la desintoxicación, tratamiento y reinserción social del usuario, trabajando en coordinación con la familia del mismo (*Figura 3*).

Lo anterior acredita la disminución de los niveles de incidencia delictiva, permitiendo el rescate de las poblaciones más vulnerables (niñas, niños, jóvenes, mujeres), así como la integración socio-familiar, lo que permite el desarrollo de expectativas de vida productiva.

Objetivo

Prevenir, en la población chiapaneca, el consumo de sustancias psicoactivas, fomentando estilos de vida saludables a través del manejo de herramientas en el contexto biopsicosocial, que le permitan al individuo establecer adecuados vínculos con su entorno socio-familiar, además de brindar una alternativa de cambio para aquellos individuos consumi-

Figura 2.

Figura 3.

dores de sustancias psicoactivas que requieran tratamiento especializado, buscando, con estas acciones, la disminución de los índices delictivos y otras problemáticas asociadas con el consumo de drogas, mejorando así la calidad de vida de la sociedad chiapaneca *(Figura 4)*.

Misión

Contar con centros especializados de calidad que proporcionen programas eficaces de Prevención y Tratamiento en adicciones para apoyar a las familias chiapanecas en el tratamiento y reinserción social de familiares con problemas adictivos, privilegiando un trato digno, con profundo respeto a los Derechos Humanos y estricto apego a la NOM-028-SSA2-2009 de la Secretaría de Salud. Así como, promover dentro de los sectores más vulnerables, programas adecuados de prevención para fomentar la adquisión de estilos de vida saludable *(Figura 5)*.

Prevención

CENTRA pretende ser el puente existente entre la sociedad y la aplicación de estrategias preventivas.

El programa de prevención del CENTRA busca la difusión constante de las problemáticas asociadas a las conductas adictivas, con el fin de sensibilizar a la sociedad chiapaneca respecto al problema de salud pública al que se enfrentan de manera cotidiana, buscando fortalecer estilos de vida saludables que permitan a los individuos un mejor desarrollo en todos los aspectos de su vida *(Figura 6)*.

Dentro del panorama actual del consumo de sustancias psicoactivas, es necesario trabajar sociofa-

Figura 4.

Figura 5.

Figura 6.

Figura 7.

miliarmente para promover la reestructuración de modelos de vida que ponderen el fortalecimiento de un proceso de cambio, incorporando factores de protección para el individuo, además de plantear un proyecto de vida que permita establecer estrategias de crecimiento e incorpore un conjunto de herramientas para mejorar la calidad de vida del individuo e incorporarse de manera integral a su entorno sociofamiliar *(Figura 7)*.

CENTRA busca la implementación de un modelo preventivo basado en los valores y en la reestructuración de un sistema familiar que fomente la protección entre sus miembros, pues de la interacción que exista hoy en la familia se formaran los patrones de conducta que el individuo reproducirá en la sociedad del mañana.

RESULTADOS

En los últimos dos años en el Estado de Chiapas se han realizaron 7 mil 43 pláticas informativas sobre:

- Prevención de Adicciones.
- Prevención del Delito y Fomento a la Denuncia.
- Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Trata de Personas.
- Bullying.
- Violencia.
- Estilos de vida saludable.

Con lo anterior, se han beneficiado a 327 mil 404 personas, principalmente a niñas, niños, adolescentes y jóvenes *(Cuadro I)*.

Cuadro I.

Tipo	2010 - 2011 Pláticas	Beneficiados	Mujeres	Hombres
Preescolar	82	3,321	2,034	1,287
Primaria	1,860	72,209	35,965	36,244
Secundaria	1,557	76,497	37,855	38,642
Bachillerato	2,013	105,029	51,632	53,397
Universidad	296	14,757	7,599	7,158
Inst. Públicas	586	20,325	10,107	10,218
Inst. Privadas	448	15,040	6,423	8,617
Comunidades	152	11,021	5,235	5,786
Eventos	49	9,205	5,088	4,117
Total	7,043	327,404	161,938	165,466

En el 2011 se han beneficiado directamente 45 mil 119 personas de condición indígena y más de 78 mil ubicadas en zonas rurales *(Figura 8)*.

Lo anterior derivado de los acuerdos y convenios marco de colaboración contraídos con instituciones, así como del trabajo constante para informar a la sociedad en general, haciendo hincapié en aquellas poblaciones con menor índice de desarrollo humano. El programa de Prevención de CENTRA incorpora la población de todo el Estado de Chiapas, con el objetivo de establecer una barrera de contención ante el abuso de sustancias psicoactivas.

Tratamiento

CENTRA ofrece un tratamiento mixto en modalidad residencial de 12 semanas, en el que se pretende generar las bases necesarias para que, una persona, independientemente de su edad, nivel académico o nivel socioeconómico, cuente con las habilidades sociales que le permitan reintegrarse al tejido socio-familiar y evitar posibles recaídas *(Figura 9)*. Contando con la siguiente estructura de servicio y atención:

- *Área médica.* Brindar atención médica inmediata a los usuarios del Centra, así como valorar su estado físico al ingreso y mantener un control de las medidas de salubridad durante el tratamiento *(Figura 10)*.

- *Área psicológica.* Gestar salud mental en los usuarios, a través de estrategias de intervención individual y grupal, que permitan la exposición de situaciones de orden psicoemocional.

Figura 8.

Figura 9.

Figura 10.

- *Área ayuda mutua.* Coadyuvar al proceso terapéutico del usuario en el CENTRA, proporcionándole las estrategias de recuperación propias del Programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, además de brindarle consejería individual las 24 hrs.

- *Área de seguimiento.* Promover un cambio global en el estilo de vida del usuario que refuerce la abstinencia del consumo de alcohol y otras drogas, eliminando conductas perjudiciales para sí mismo y para la sociedad, además de fomentar las habilidades psicoemocionales que le permitan desarrollar mejores estrategias de acción y reacción ante los diversos estímulos que se presentan en su vida cotidiana, para poder potenciar el desarrollo de sus capacidades laborales, actitudes y valores personales para una mejor reinserción socio-familiar.

- Área de actividades deportivas, recreativas y culturales. Encaminar al usuario en un estilo de vida saludable, donde el deporte y las actividades recreativas y culturales en familia, le permitan una adecuada integración; así mismo, preparar a quienes no han concluido sus estudios de primaria, secundaria y bachillerato para obtener el grado necesario en base a los programas de educación para adultos establecidos en coordinación con otras instituciones *(Figuras 11 y 12)*.

Derivado del trabajo de las áreas descritas, en el *cuadro II* se mencionan algunas acciones al respecto:

Figura 11.

Figura 12.

RESULTADOS

Al término del 2011 han egresado satisfactoriamente 2 mil 17 personas, hombres y mujeres de 14 años en adelante *(Figura 13)*.

Actualmente el programa CENTRA cuenta con una efectividad de 70.9% en la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas.

Durante la 17th Conferencia Anual de Cortes de Droga (NADCP), el General Barry McCaffrey, Coordinador de Programas de Desarrollo Tecnológico y Asistencia Humanitaria del Pentágono y Ex-Secretario de Defensa y Zar Antidrogas del Gobierno de los Estados Unidos, destacó "la actitud de pasión y entrega del Gobernador de Chiapas, México, quien

Cuadro II.

	Áreas				
	Médica	Psicológica	Ayuda mutua	Seguimiento	Deportiva, recreativa y cultural
Actividades	Valoración clínica de Ingreso. Solicitud de exámenes clínicos de laboratorio. Supervisión del proceso de desintoxicación. Atención médica 24 horas.	Valoración psicológica al ingreso. Terapia psicológica individual y grupal. Talleres práctico-vivenciales (Habilidades sociales, Habilidades de afrontamiento, Reforzamiento de valores). Talleres de relajación Intervención en crisis 24 Horas.	Grupo de ayuda mutua. Grupo de prevención de recaídas. Juntas de ayuda mutua (programa 12 pasos). Consejería individual 24 horas. Taller de estudio del programa de 12 pasos.	Taller de Reestructuración Familiar. Juntas de reinserción social. Grupos expositivos. Terapia familiar. Charlas psicoeducativas. Seguimiento personal (6 meses).	Actividades deportivas, recreativas culturales. Talleres culturales Talleres de formación de oficios (electricidad, panadería, hortalizas, etc.). Actividades del curso de educación para adultos.

Figura 13.

Figura 14.

con talento y disposición enfoca su política humanitaria a formar estrategias contra los problemas locales, regionales y mundiales de las adicciones". Lo anterior, en el marco de la clausura de la NADCP 17th Conferencia Anual de Cortes de Droga en Washington, D.C., en donde conoció el programa integral de prevención y combate a las adicciones que desarrollan los Centros Especializados en la Prevención y Tratamiento en Adicciones (CENTRA). Asimismo, la Jueza Marie Baca de Alburquerque, Nuevo México, hizo un amplio reconocimiento al modelo integral de prevención, rehabilitación y reinserción social que desarrollan los Centros Especializados en la Prevención y Tratamiento en Adicciones (CENTRA), afirmando que "en todo el territorio estadounidense no existe un programa totalmente integral en donde se incluya de forma directa a los familiares para que igualmente reciban tratamiento e información de la problemática del usuario" *(Figura 14)*.

COMUNIDADES SEGURAS

Somos testigos de que Chiapas da un ejemplo más de su capacidad para construir acuerdos, que involucran a los propios ciudadanos, sector privado, organizaciones comunitarias y sociedad civil en general, en una acción de corresponsabilidad para la seguridad *(Figura 15)*.

Mediante la certificación de Tuxtla Gutiérrez como Comunidad Segura, se avanza en la creación de infraestructura local, para la prevención de las lesiones y la promoción de la seguridad. Alcanzar esta certificación como primer comunidad segura en México y tercera en América Latina, para Tuxtla

Figura 15.

Figura 16.

Gutiérrez es un referente más, no sólo desde la perspectiva de mantener al estado en los primeros sitios de seguridad con menor índice de victimización, sino también, garantizar seguridad como recurso esencial para la vida diaria y promover mejores condiciones de desarrollo social y económico en Tuxtla Gutiérrez.

La Comunidad Segura es un modelo de intervención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control y la prevención de las lesiones y la violencia basado en la comunidad. Su característica fundamental es la creación de una infraestructura local para la prevención de las lesiones y la promoción de la seguridad. Este esquema promueve la cooperación entre los diferentes actores de una comunidad, como son las agencias gubernamentales, el sector privado, las organizaciones comunitarias y los miembros de la sociedad civil *(Figura 16)*.

El modelo de las Comunidades Seguras de la OMS es un enfoque que se ha incorporado y aplicado en el campo de la salud pública en los últimos 30 años alrededor del mundo. Tiene sus orígenes en un proyecto piloto para la prevención de las lesiones en Falköping, Suecia, en 1975, y ha evolucionado hasta alcanzar el desarrollo y certificación de 115 comunidades seguras en todos los continentes, las cuales cuentan con poblaciones que oscilan entre 2 mil y 2 millones de habitantes.

Seguridad es un estado en el cual los riesgos y las condiciones que generan un daño físico, psicológico o material se controlan para preservar la salud y el bienestar de los individuos y la comunidad. La seguridad es un recurso esencial para la vida diaria y necesaria para que los individuos y las comunidades alcancen sus aspiraciones y expectativas; se trata de un proceso dinámico y no sólo de la ausencia de lesiones o amenazas.

La participación de CENTRA en el Programa de Comunidades Seguras, es la de prevenir, en la población chiapaneca, el consumo de sustancias psicoactivas, fomentando estilos de vida saludables a través del manejo de herramientas en el contexto biopsicosocial, que le permitan al individuo establecer adecuados vínculos con su entorno socio familiar, brindando una alternativa de cambio para aquellos individuos consumidores de sustancias psicoactivas que requieran tratamiento especializado, así como la disminución de los índices delictivos y otras problemáticas asociadas al consumo de drogas.

ARTÍCULO 5º TER

Los avances y acciones que en materia de solución de conflictos, de medios alternos de justicia ha logrado la Procuraduría General de Justicia del Estado, es la de promover estrategias para el combate de las adicciones, empleando las Reformas Jurídicas realizadas al Código Penal y Código de Procedimientos Penales del Estado de Chiapas; de manera específica, atendiendo lo dispuesto en el artículo 5° TER, mediante la suspensión del ejercicio de la acción penal en la averiguación previa, como medida aplicada a todas aquellas personas que por la comisión del delito de ATAQUES A LAS VÍAS GENERALES DE COMUNICACIÓN, en las modalidades de CONDUCIR UN VEHÍCULO EN ESTADO DE EBRIEDAD Y/O BAJO EL INFLUJO DE DROGAS O SUSTANCIAS SIMILARES, puedan ser atendidas en tratamiento ambulatorio individual y grupal, a través de los Centros Especializados para la Prevención y Tratamiento en Adicciones (CENTRA), por un lapso de seis meses, por psicólogos y personal de A.A. y N.A., con la finalidad de que la adicción no sea componente en su vida y puedan tener mejores elementos para la construcción de estilos de vida adecuados, obviando tiempo y recursos al sistema penal acu-satorio. Lo anterior, sin que el inculpado se abstenga de reparar el daño causado y con el objetivo de emitir una respuesta clara y eficaz a la sociedad *(Figura 17)*.

RESULTADOS

Actualmente se cuenta con más 60 personas referenciadas por el Ministerio Público para recibir un tratamiento ambulatorio de seis meses *(Figura 18)*.

COMISIÓN DE EDUCACIÓN Y CULTURA

Al encabezar la clausura del XVI Congreso Nacional sobre Menores Infractores, "Justicia para Adolescentes", el Procurador General de Justicia del Estado, Raciel López Salazar propuso que las secretarías de Educación Pública de todo el país incluyan

Figura 17.

Figura 18.

en sus planes de estudio materias sobre prevención del delito y adicciones, que permitan a los estudiantes de primaria, secundaria y preparatoria reflexionar acerca de la importancia de los valores, la convivencia social armónica y la resolución no violenta de conflictos. Se expone que en la entidad se han dado pasos fundamentales en el perfeccionamiento de un sistema integral de justicia para adolescentes, privilegiando el respeto a los derechos humanos.

Recordando que en la reciente Reunión Nacional de Presidentes de Tribunales y Procuradores Generales de Justicia, desarrollado en Boca del Río, Veracruz, se acordó, entre otros puntos, "...reiterar el llamado a los órganos competentes para promulgar la legislación federal en materia de justicia para adolescentes que permita un modelo integral homologado a nivel nacional y la necesidad de establecer centros de internamiento especializados para adolescentes" *(Figura 19)*.

En este sentido, se indica que con la reforma al Artículo 18 Constitucional, relativa al sistema integral de justicia de adolescentes, se han adoptado principios y acciones tendientes a la protección integral de los niños y adolescentes, no sólo en razón del ajuste al marco legal, sino en virtud del tratado internacional de la Convención de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Figura 19.

Por ello, se enfatiza que, en materia de adolescentes el Ministerio Público debe ir más allá de las facultades otorgadas por el Artículo 21 Constitucional, proponiendo formas alternativas de justicia establecidas en leyes Estatales, procurando la mínima intervención judicial en los asuntos en que se presuma que un menor ha infringido las leyes penales.

En el Estado de Chiapas la prioridad es el fortalecimiento de las acciones encaminadas a la prevención del delito y las adicciones, con la finalidad de que el adolescente reciba la orientación adecuada para evitar tropiezos y convertirse en un infractor de ley; por ello, se deben buscar los mecanismos para asegurar que se desarrollen física y mentalmente y sean ciudadanos productivos.

Asimismo, las instituciones en la materia, priorizan, en todo momento, la reinserción social y familiar, a través de un tratamiento integral propuesto por los especialistas en psicología, pedagogía y trabajo social.

Como resultado a la propuesta del C. Procurador General de Justicia del Estado Lic. Raciel López Salazar, para la inclusión de las materias que privilegian los valores, así como la prevención del delito y las adicciones en escuelas primarias, secundarias y preparatorias del estado de Chiapas, se obtuvo el respaldo y apoyo del Lic. Juan Sabines Guerrero, Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas, así también, la Cámara de Diputados en sesión aprobó por unanimidad el decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley de educación para el Estado de Chiapas *(Figura 20)*.

Dentro de la presentación ante el pleno de la Sexagésima Cuarta Legislatura del H. Congreso del Estado, del decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de educación para el Estado de Chiapas, el Diputado Carlos Alberto Valdez Avendaño enunció a favor de dicha reforma lo siguiente:

Materia de la iniciativa. Que el principal objetivo de la iniciativa es adecuar los planes educativos dentro de los planes de educación básica y media superior para integrar programas de formación ética con el objetivo de establecer cultura de la prevención del delito y de las adiciones *(Figura 21)*.

Figura 20.

Figura 21.

Valoración de la iniciativa. Que con la aprobación de la presente iniciativa se ayudará a reducir las violaciones a los derechos humanos, creando sociedades justas y pacificas; por tal situación, el Estado a través de las autoridades educativas debe velar por que la educación esté orientada a fortalecer el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

El elemento de mayor importancia para el fortalecimiento de la seguridad pública es la prevención del delito, entendida como el conjunto de programas, servicios y acciones que tienen por objeto el mejoramiento del entorno social.

Tomando como antecedente el plan de desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012, concretamente en el eje 5 Estado de Derecho, Seguridad y Cultura de la Paz, en el punto 5.1.3 Procuración de Justicia, se estableció el objetivo 7, fomentar la cultura de prevención del delito en todos los sectores de la población; de igual forma en la estrategia 7.1 se estableció que se promoverán acciones para la prevención integral del delito, la violencia y las adiciones involucrando a los sectores sociales *(Figura 22)*.

Por ello, se estima necesario adecuar los planes educativos para integrar programas de formación ética con el objetivo de establecer una cultura de la prevención del delito y de las adiciones.

Figura 22.

Por tal razón es importante la inclusión dentro de los planes de educación básica y media superior, la enseñanza y práctica de los Derechos Humanos contenidos en la Constitución Política Local y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas.

Es indudable que la escuela, en sus diferentes aceptaciones, es la segunda instancia para la cual el ser humano recibe información académica y cultural, constituyéndose en un factor fundamental para la prevención del delito, de las adicciones y del reconocimiento de los derechos humanos que traerá como consecuencia la cultura de paz.

Las escuelas tanto públicas como privadas tienen un papel fundamental, de ahí que la presente reforma tiene por objeto incluir en los programas educativos una verdadera educación cívica para formar ciudadanos participativos, responsables y enterados de las medidas tendientes a crecer la cultura de la prevención del delito.

CONVENIOS MARCO DE COLABORACIÓN

La Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas reforzando los mecanismos de comunicación y participación y acercamiento constante con la sociedad civil y con el objeto de llegar con estrategias y programas a todos aquellos sectores más vulnerables como son niñas, niños, adolescentes y jóvenes, comunidades indígenas y municipios de menor índice de desarrollo humano, a través de los Centros Especializados para la Prevención y Tratamiento en Adicciones (CENTRA) celebra los siguiente convenios marcos de colaboración:

- COLEGIO DE BACHILLERES DE CHIAPAS (COBACH). Se capacitan a más de 284 orientadores educativos y pedagogos, así como atención a más de 60 mil alumnos en pláticas de prevención.
- ALDEAS INFANTILES S.O.S. COMITÁN. Se atienden a más de 1,000 niñas y niños en estado de orfandad, con acciones preventivas y de tratamiento psicológico individual y familiar.
- SECRETARÍA DE PUEBLOS Y CULTURAS INDÍGENAS. Se atienden en pláticas de prevención a los 28 municipios con menor índice de desarrollo humano *(Figura 23)*.

Figura 23.

- UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS (UNICACH). Se atienden a más de 5 mil alumnos en pláticas preventivas y se reciben a estudiantes de la Escuela de Psicología para que desarrollen sus prácticas profesionales y presten su servicio social en las instalaciones de los CENTRA.

- COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI). Se atiende en forma directa a más de 10 mil alumnos que se encuentran en albergues, mismos que fluctúan en edades entre los seis y los 18 años de edad, todos ellos pertenecientes a comunidades indígenas, ubicados dentro de los 28 municipios de menor índice de desarrollo humano.

- CONSEJO ESTATAL PARA LAS CULTURAS Y LAS ARTES DE CHIAPAS (CONECULTA). Se atiende en forma directa a 26 casas de cultura de comunidades indígenas en su lengua predominante como: CHOL, MAM, TOJOLABAL, TZELTAL, TSOTSIL y ZOQUE *(Figura 24)*.

- CONFEDERACIÓN PATRONAL DE LA REPÚBLICA MEXICANA (COPARMEX). Se atiende a 300 patrones que cuentan con un número de más de 15 mil empleados en pláticas de prevención. Así mismo COPARMEX provee una bolsa de trabajo a los (as) egresados del programa CENTRA, contribuyendo con ello a dar certidumbre económica a aquellas personas que han demostrado que se encuentran con disposición de reinserción social y con el interés primario de sumarse a la fuerza productiva del Estado, para beneficio de toda la sociedad, fortaleciendo con ello una mayor seguridad y cultura de paz.

Figura 24.

- SECRETARÍA PARA EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER (SEDEM). Se atiende a más de 5 mil mujeres en estado de vulnerabilidad alto y que han sufrido algún tipo de violencia.

- INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA LOS ADULTOS (IEA). En colaboración con el IEA se preparan a los usuarios residentes durante su tratamiento de desintoxicación y rehabilitación para que presenten los exámenes correspondientes y obtengan el certificado de primaria o secundaria según sea el caso.

- FUNDACIÓN GONZALO RÍO ARRONTE. Contrato de donación que se celebra entre esta Honorable Fundación representada por Don Ignacio Morales Lechuga y el Patronato de los Centros Especializados para la Prevención y Tratamiento en Adicciones "CENTRA" de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, representado por su Presidente el Procurador General de Justicia, Lic. Raciel López Salazar, para la aportación de recursos con los que se construirá el quinto Centro Especializado en el Municipio de Pichucalco, Chiapas (*Figura 25*).

Asimismo, Fundación Gonzalo Río Arronte respalda al personal de los Centros Especializados para la Prevención y Tratamiento en Adicciones, otorgándoles becas para el Programa de Especialización en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo, impartido por la máxima casa de estudios del país, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con el fin de que se sigan preparando y así brindar una mejor atención a la sociedad (*Figura 26*).

Figura 25.

UNODC/OIM

Coordinación de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para el Programa Conjunto de Prevención de Conflictos y Construcción de la paz

- *Foro Trata de Personas:* Con motivo de la campaña corazón azul contra la trata de personas, impulsado por el Gobierno del Estado, se llevaron a cabo en los municipios Tonalá, Huixtla, Comitán de Domínguez, Tuxtla Gutiérrez, Palenque y Tapachula de Córdova

Figura 26.

Figura 27.

y Ordoñez, el desarrollando las siguientes ponencias: Las Adicciones en la Trata de Personas, Trata de Personas, Prevención del Delito y Trata de Personas desde el Ámbito Internacional, todas ellas dirigías a jóvenes estudiantes de bachillerato y universidad. Cada uno de los temas en comento fueron expuestos por medio de videos y presentaciones teniendo como objetivo principal el sensibilizar a los jóvenes sobre la problemática, consecuencias y repercusiones de la trata de personas, como afecta nuestro entorno social y como somos partícipes de este fenómeno, asimismo, las sanciones estipuladas para el delito de trata de personas en el Estado de Chiapas y su relación con las adicciones, además de proporcionar herramientas que permitan identificar, detener y denunciar este delito *(Figura 27)*.

- *Foro CENTRAte... previene "Jóvenes por la prevención":* En colaboración con la Coordinación de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para el Programa Conjunto de Prevención de Conflictos y Construcción de la Paz, la Coordinación de CENTRA lleva a cabo la campaña CENTRAte... previene "Jóvenes por la prevención", en los municipios de Ocosingo, Tapachula, Comitán, Tonalá y Chanal, con la finalidad de dotar de información, elementos y herramientas que coadyuven a que los jóvenes mantengan una actitud de desarrollo alejado del

consumo de sustancias psicoactivas, así como prevenir actos delictivos, con ello colabora para generar estilos de vida saludables que mantengan opciones que redundan en familias con menos conflictos y seres humanos con mejor desarrollo y calidad de vida *(Figura 28)*.

- *Reunión de trabajo con el Coordinador de OIM:* El Procurador General de Justicia del Estado, Raciel López Salazar, encabezó reunión de trabajo con el Jefe de la Oficina en Tuxtla Gutiérrez de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Patricio Carvallo, quien reconoció las políticas públicas que impulsa la administración del Gobernador Juan Sabines Guerrero, entre las que destacan las acciones que emprenden las autoridades en Chiapas para proteger y garantizar el respeto de los derechos humanos de este importante sector de la población, así como el acceso a una atención integral y profesional de quienes han sido víctima de algún delito, como el secuestro y la trata de personas.

La labor realizada por la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, a través de CENTRA, es reconocida por estos organismos internacionales quienes se comprometen en fortalece los programa de prevención en comunidades indígenas, al entrega de un vehículo Nissan Tipo Pick Up por parte del Programa en Conjunto por una Cultura de Paz, del Fondo para el Logro de los ODM, así como equipo de computo a la Procuraduría General de Justicia del Estado, para ser empleado en programas de prevención que realiza CENTRA *(Figura 29)*.

Figura 28.

Figura 29.

- *Plan Estatal Operativo del Gobierno del Estado de Chiapas y la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) 2012:* La Coordinación de Centra, participa en la elaboración del Plan Estatal Operativo del Gobierno del Estado 2012, con lo que se aportan estrategias en materia de prevención de adicciones.

ALCOHOLÍMETRO

Origen

El Programa Alcoholímetro nace en abril de 2005 en la administración del Lic. Juan Sabines Guerrero, entonces Presidente Municipal Constitucional de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, como programa preventivo a cargo de la Dirección de Servicios Médicos de la Secretaría de Salud Municipal *(Figura 30)*.

Figura 30.

El 9 de septiembre de 2008, en la Sesión Extraordinaria del Consejo Estatal de Seguridad Pública, celebrada en la Ciudad de Tapachula, Chiapas; se suscribe con los 118 presidentes municipales el "Acuerdo por un Chiapas aún más Seguro", en donde en los puntos 63, 101 y 111 se acuerda establecer el Programa Alcoholímetro Preventivo en las principales ciudades del estado que cuenten con más de 50 mil habitantes con la participación de las distintas instancias de gobierno y las asociaciones y cámaras empresariales.

En febrero de 2009, por instrucción del Gobernador Sabines Guerrero, pasa como un programa preventivo a la estructura del Consejo Estatal de Seguridad Pública con la figura interna de Coordinación Estatal de Alcoholímetro, logrando expandirse a 19 municipios más con las respectivas firmas de convenios interinstitucionales a partir del mes de abril del mismo año, siendo beneficiados los siguiente: Tapachula, San Cristóbal de las Casas, Comitán de Domínguez, Chiapa de Corzo, Ocosingo, Palenque, Villaflores, Venustiano Carranza, Las Margaritas, San Fernando, Ocozocoáutla, Cintalapa de Figueroa, Reforma, Juárez, Pichucalco, Arriaga, Tonalá, Huixtla y Suchiate. Posteriormente, en el 2010 se consolidan las firmas de Convenios Interinstitucionales con los municipios de: Yajalón y Catazajá, Chiapas; siendo finalmente, 21 municipios los integrados a este programa *(Figura 31)*.

Desde septiembre de 2010, se transfiere a la estructura de la Procuraduría General de Justicia del Estado, programándose en su primera etapa con 11 municipios tales como: Tuxtla Gutiérrez, Tapachula,

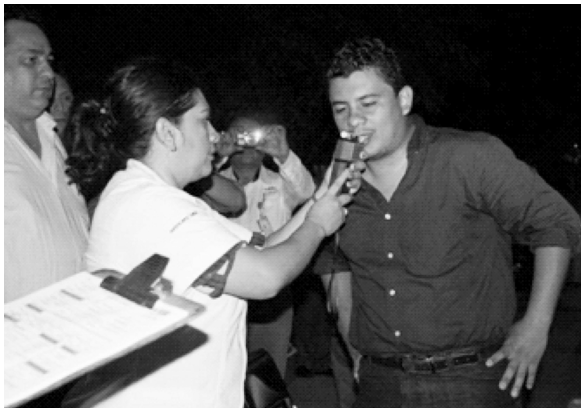


Figura 31.

Comitán de Domínguez, San Cristóbal de las Casas, Palenque, Tonalá, Chiapa de Corzo, Arriaga, Ocosingo, Ocozocoáutla y Cintalapa.

¿Qué es el alcoholímetro?

Es un dispositivo que por medio del aliento exhalado en una boquilla, determina la cantidad de alcohol que se encuentra en la sangre.

Misión

Lograr una conciencia social y garantizar a la ciudadanía su seguridad, previendo a través del operativo alcoholímetro accidentes viales a favor de la vida.

Visión

Consolidar a través de acciones preventivas y en estricto apego a los derechos humanos, la garantía a la seguridad pública evitando a través del grupo intersectorial, la susceptibilidad de actos de corrupción.

Objetivo

Evitar la pérdida de vidas disminuyendo el alto índice de accidentes de tránsito provocados por conducir en estado de ebriedad.

El programa alcoholímetro cuenta con alternativas de apoyo como:

- Efectividad del conductor designado. Alternativa para concientizar a las personas que hayan ingerido alcohol, para dejar el vehículo en manos de un conductor designado *(Figura 32)*.
- Llamar a un familiar para que conduzca. Es una actitud preventiva que se toma antes de conducir o una vez que el operativo alcoholímetro te haya identificado indispuesto para manejar.
- Taxi seguro. Es una alternativa de apoyo que se aplica cuando el conductor no apto no trae conductor designado o no quiere llamar a un familiar, prestando sus servicios un taxi acreditado para esto.

Figura 32.

MARCO JURÍDICO CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

El Programa Alcoholímetro como una política de prevención y de seguridad pública, se sustenta en el Art. 21 Constitucional, Noveno Párrafo que literalmente expresa: "La seguridad pública es una función a cargo de la Federación, el Distrito Federal, los Estados y los Municipios, que comprende la prevención de los delitos..."

CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE CHIAPAS

El Programa Alcoholímetro se respalda en el Art. 385, Primer y Segundo Párrafo del Código Penal para el Estado de Chiapas, el cual enuncia lo siguiente: (Primer Párrafo). "A quien en estado de ebriedad o bajo el influjo de drogas o sustancias similares, conduzca algún vehículo, se le impondrá de seis meses a dos años de prisión y hasta cien días de multa, además de la sanción correspondiente al delito que se hubiere cometido". (Segundo Párrafo). "Para efectos de esta disposición, el Estado de Ebriedad se acreditará mediante un examen clínico a cargo de un médico legista y en los lugares donde no haya médico titulado, por un pasante o práctico en la carrera de medicina. Todo abuso de la autoridad será sancionado en los términos del presente código".

REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY DE TRANSPORTE DEL ESTADO DE CHIAPAS

El Programa Alcoholímetro sustenta su actuar, como un programa preventivo y de seguridad pública, en el Art. 110, Fracción III del Reglamento General de la Ley de Transporte del Estado de Chiapas, lo cual manifiesta lo siguiente: "Salvo lo dispuesto a la Fracción I, son objeto de sanción imponiéndoles multa de 1 a 30 días de salario mínimo vigente en el Estado de Chiapas, quienes:

III. "Presten el servicio público de transporte y conduzcan la unidad en estado de ebriedad o bajo la influencia de sustancias tóxicas o enervantes; a quienes se pondrán a disposición de la Dirección de Tránsito para los efectos a que haya lugar" *(Figura 33)*.

Figura 33.

REGLAMENTO DE TRÁNSITO PARA EL ESTADO DE CHIAPAS

El Programa Alcoholímetro obedece al cumplimiento del Reglamento de Tránsito del Estado de Chiapas en sus artículos 205, fracción II y 207, fracción I; como una actividad inherente a la naturaleza del programa, que es frenar los grandes índices de accidentes cometidos por conductores con ingesta de alcohol.

Art. 205. Será procedente la detención de un infractor, o del vehículo que maneje:

Fracción II.- Cuando el infractor se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún estupefaciente.

Art. 207. Procederá la suspensión temporal de la licencia para manejar, por un término de dos meses a dos años, según la gravedad del caso:

Fracción I. Al que maneje en estado de ebriedad o bajo el influjo de algún estupefaciente, previa comprobación de cualquier de estas circunstancias.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

XIV.
Los tribunales de tratamiento para las adicciones juveniles en el DF como expresión de una política criminal multidisciplinaria e integradora

Dr. Israel Alvarado Martínez*

* Consejero del Consejo de la Judicatura del Tribunal Superior de Justicia del DF

Sumario: Introducción: I. La visión integradora de la reforma de "narcomenudeo"; II. La necesidad de adoptar medidas no privativas de la libertad en la justicia penal juvenil; III. La incidencia delictiva juvenil en México y el consumo de drogas; IV. El tratamiento a las adicciones; V. La aplicación del modelo de Tribunales de Tratamiento a las Adicciones a la justicia penal juvenil; Fuentes consultadas.

INTRODUCCIÓN

Las expresiones en que el Estado puede reflejar su quehacer político pueden ser muy variadas, según se quieran atender sectores de la población, actividades, materias, intereses y un largo etcétera.

En materia penal, la propia normatividad obliga al Estado a fijar directrices que vayan encaminadas a atender el fenómeno delictivo, ya sea procurando que este no se presente –prevención–, investigándolo –procuración–, sancionándolo –juzgamiento–, buscando la reinserción de quienes cometen delitos –ejecución de penas y medidas de seguridad– o, simplemente minimizando sus efectos. A todo este conjunto de actividades se le conoce como Política Criminal (PC).

Borja Jiménez,[1] partiendo de un enfoque estrictamente político, define a la PC como "aquel conjunto de medidas y criterios de carácter jurídico, social, educativo, económico y de índole similar, establecidos por los poderes públicos para prevenir y reaccionar frente al fenómeno criminal, con el fin de mantener bajo límites tolerables los índices de criminalidad en una determinada sociedad".* Núñez Paz y Alonso Pérez,[2] por su parte, atendiendo al carácter disciplinario de la política criminal, la definen como aquella: "disciplina que ofrece a los poderes públicos las opciones científicas concretas más adecuadas para el eficaz control del crimen, y las alternativas legales consiguientes, facilitando la recepción de las investigaciones criminológicas y su trasformación en preceptos normativos".** Por tanto, como señala Roxin, es el puente entre la criminología y el Derecho penal.***

Bajo esta perspectiva, las expresiones del Estado en materia criminal no siempre son del tipo sancionador, sino que se encaminan a buscar opciones viables para evitar y/o mitigar ciertas conductas perjudiciales para la sociedad y para los individuos en lo particular.

Una política que busque reinsertar a los individuos a la sociedad más que penalizarlos (con todo lo que esto conlleva) es una expresión de la PC que debe ser alentada en un Estado Democrático y de Derecho.

* *Cf.* Borja Jiménez, Emiliano, "Curso de política criminal", Tirant lo Blanch, Valencia, España 2003, p. 22.

** Núñez Paz, Miguel y Alonso Pérez, Francisco, "Nociones de criminología", Colex, Madrid, 2002, p. 109.

*** Recuérdese que el Derecho penal es el modelo instrumental y operativo más fuerte con el que cuenta el Estado, valora las apreciaciones político-criminales construidas a partir de las investigaciones criminológicas, otorgándoles formas de normas jurídicas. *Vid.* García Pablos de Molina, Antonio, "Tratado de Criminología. Introducción. Modelos teóricos explicativos de la criminalidad. Prevención del delito. Sistemas de respuesta al crimen", 2a. Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, p. 208. Respecto de este punto, Muñoz Conde, Francisco/Introducción al libro de Roxin, Claus, "Política criminal y sistema del Derecho penal", Bosch, Barcelona, 1972, p. 15, comenta que: "la política criminal incluye los métodos adecuados en sentido social para la lucha contra el delito, es decir, la misión social del Derecho penal; mientras que el Derecho penal en el sentido jurídico de la palabra, debe corresponder a la función liberal del Estado de Derecho, asegurar la igualdad en la aplicación del Derecho y la libertad individual frente al ataque (...) del Estado".

El 2009-08-20 se publicó en el DOF el "Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud,[3] del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales", precisamente como una expresión de PC no sólo sancionadora, sino integradora.

El tema gira en torno a la figura de las drogas, tanto su oferta como su demanda y, en este sentido, el Estado Mexicano ya ha dado señales claras de una visión diversificada para la atención de estos problemas pues, si bien se tiene clara la intención férrea de "combatir" al narcotráfico en todas las vertientes de la oferta: delincuencia organizada, narcotráfico y narcomenudeo, no menos cierto es que también ha puesto la mirada en la otra cara de la moneda: la demanda de los consumidores.

Y así como hay una estratificación en el tema de la oferta, según el grado de sofisticación y organización de quienes trafican con drogas, también lo hay entre quienes consumen: usan, abusan o dependen de las drogas.

Tal reforma a la que me refiero ha sido conocida coloquialmente como la reforma de "narcomenudeo", situación que en nada hace justicia con los fines y alcances de tal modificación a la normatividad secundaria, pues la visión que se imprimió en el decreto de reformas es en mucho más grande y comprehensiva que la de la simple redistribución de competencias a las entidades federativas respecto de una materia que de suyo se encuentra reservada para la federación: el combate al tráfico de drogas.

La reforma prevé también la elaboración de políticas públicas de combate al consumo de drogas desde dos vertientes distintas: 1) la prevención de las adicciones y 2) la atención de las mismas.

Estas líneas se encuentran dirigidas al estudio del diseño de políticas encaminadas a la *atención de las adicciones* de aquellos que cometen cierto tipo de delitos, mediante la figura de los *Tribunales de Tratamiento para las Adicciones*, como expresión de la *justicia terapéutica*.*

Debe dejarse claro que la intención de este trabajo no es profundizar en el estudio de lo que son los *Tribunales de Tratamiento para las Adicciones* –también conocidos como Cortes de Drogas–, ni sobre su naturaleza jurídica, ni sobre sus antecedentes y efectividad, pues estoy seguro de que los especialistas que escriben en este número de la revista lo harán de manera más calificada. Mi única pretensión es partir de la base de la conveniencia de contar con estas figuras institucionales y, entonces vincular las políticas ya diseñadas por la federación y plasmadas en la Ley General de Salud (LGS),[3] a través de la reforma de mérito, en materia de tratamiento a las adicciones y el nuevo diseño constitucional y legal en materia de justicia penal juvenil, a fin de sentar las bases conceptuales y legales que permitan sostener que la implementación de las

* Entendida como una perspectiva jurídica que considera al derecho y los procesos judiciales en sí mismos como una fuerza social capaz de producir consecuencias terapéuticas o antiterapéuticas. La misma ofrece especial atención al impacto del derecho en el ámbito emocional y el bienestar psicológico, planteando la importancia del reconocimiento y estudio sistemático del derecho como agente terapéutico. El principio fundamental bajo esta perspectiva es la selección de opciones que fortalezcan el bienestar físico y emocional de los individuos sin subordinar otros valores medulares del sistema de justicia.

Cortes de Drogas Juveniles constituyen un mandato que el Estado dirige a la federación y a las entidades federativas.

La elaboración de esta PC, parte de la visión de la adicción como una "enfermedad biopsicosocial, causada por el uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, que provoca alteración en el estado de ánimo, el nivel de percepción y cambios en la forma y función del cerebro, hasta el punto en que el usuario depende física y psicológicamente de dichas sustancias".

LA VISIÓN INTEGRADORA DE LA REFORMA DE "NARCOMENUDEO"

Ya se mencionó que la reforma de 2009-08-20 no sólo atendió al fenómeno de narcomenudeo –aunque sea la parte más atractiva y social y mediáticamente impactante–, sino que constituye las bases de una política integradora que se preocupa por la prevención y el tratamiento de las adicciones.

Existen tres tipos de prevención:

1. Universal. Dirigida a la población en general.
2. Selectiva. Encaminada al grupo poblacional de mayor riesgo y vulnerabilidad, y
3. Personal. Dirigida a la población que ya consume alguna sustancia.

Y es precisamente en este último rubro en el que se inserta la figura de los Tribunales de Tratamiento para las Adicciones, pues en los casos en que se trate de personas contra las cuales se ha dictado auto de formal prisión, sujeción o vinculación a proceso o una resolución inicial por delito patrimonial no violento que sean consumidores de sustancias psicoactivas, previa solicitud del encausado y evaluación diagnóstica inicial, deberá aplicarse una política de tratamiento a las adicciones en sede jurisdiccional a través de la suspensión del proceso, en un modelo claro de tratamiento de las adicciones.

En el Distrito Federal, estos Tribunales especializados están pensados para aplicar un procedimiento jurisdiccional para el tratamiento de las adicciones, consistente en un conjunto de etapas procedimentales ventiladas ante una autoridad judicial especializada, a fin de que el participante se someta a un plan de tratamiento, condicionado a la supervisión judicial por parte del Tribunal de Tratamiento para las Adicciones, hasta el egreso del participante, mediante estrategias integrales diseñadas por el Centro de Tratamiento de acuerdo con los diagnósticos y necesidades particulares de cada participante, para un periodo determinado, con el propósito de que se rehabilite y se logre su integración comunitaria.

Los *Tribunales de Tratamiento para las Adicciones*, Tribunales de Tratamiento de Drogas o Cortes de Drogas pueden ser o no ser tribunales especializados, por ejemplo, en Chile constituyen un programa que se desarrolla en bloques de audiencias, dentro de la agenda ordinaria de los tribunales de

garantía, en tanto que en Monterrey, en Nuevo León, México, son tribunales *ad hoc* especializados en estos temas, con juzgadores que tienen perfiles especiales.*

En el caso de Nuevo León, el Consejo de la Judicatura local tuvo una visión de avanzada y reguló, vía acuerdos administrativos internos, la figura de las Cortes de Drogas, y lo hizo, digamos, de manera voluntaria, pues no existía precepto alguno que les obligara a implementar esta figura.

Sin embargo, he sostenido que con el régimen jurídico actual derivado de las reformas a la LGS, existe casi una obligación de adoptar estas figuras institucionales en concreto, dejando un margen de actuación muy reducido para determinar si se adoptan los tribunales o no se adoptan.

La LGS establece como obligaciones del Estado:

1. Elaborar el programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia.
2. Establecer procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, que debe ser obligatorio para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones y la farmacodependencia.
3. Ofrecer a la población un modelo de intervención temprana que considere desde la prevención y promoción de una vida saludable, hasta el tratamiento ambulatorio de calidad, de la farmacodependencia.
4. Proporcionar atención integral a grupos de alto riesgo –como los adolescentes y niños– en los que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales, tienen mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a narcóticos, y
5. Crear centros especializados en tratamiento, atención, y rehabilitación, con base en sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del farmacodependiente para su tratamiento.

El tratamiento de los farmacodependientes mediante dichos centros –que correrá a cargo básicamente de las autoridades locales– deberá tener en consideración que la ubicación de éstos se basará en estudios rigurosos del impacto de las adicciones en cada región del país y deberá:

1. Crear un padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, que contenga las características de atención, condiciones y requisitos para acceder a los servicios que ofrecen, y

* El primer tribunal de tratamiento que funcionó fuera de EUA se estableció en 1999 en Toronto, Canadá, ese mismo año se abrió el primer tribunal australiano especializado en drogas en Nuevo Gales del Sur. El año 2000 el modelo se comenzó a aplicar en Irlanda; en 2001 en Bermuda, Brasil, Islas Caimanes, Jamaica y Escocia; en el 2002 en Nueva Zelanda, Mauritania, Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte; desde el año 2003 hasta el 2007 se encaminó el modelo en Noruega y Chile; en 2009 inició un *plan piloto* en México en el estado de Nuevo León, mientras que otras entidades de la República Mexicana, Colombia y República Dominicana están considerando su aplicación.

2. Celebrar convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales de los sectores social y privado, y con personas físicas que se dediquen a la prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, con el fin de que quienes requieran de asistencia, puedan, conforme a sus necesidades, características y posibilidades económicas, acceder a los servicios que todas estas instituciones o personas físicas ofrecen.

Y es que a diferencia de otras materias en las que la Federación pretende subrogarse atribuciones que no le competen ordenando a las entidades federativas la adopción de políticas públicas –como en el caso de la prevención de la violencia contra las mujeres–, en materia de salud existen facultades claras de la Federación para hacerlo.

Así, el derecho a la protección de la salud es un derecho fundamental consagrado en el artículo 4o., párrafo sexto de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, el cual impone al Estado la responsabilidad de establecer las bases y modalidades para garantizar a la sociedad el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, así como determinar su concurrencia en materia de salubridad general.

> Artículo 4o. – [...]
>
> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

En este contexto de concurrencia de competencias, la LGS señala lo siguiente:

> Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:
>
> [...]
>
> C. Corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley.

Atendiendo a tales mandatos, el legislador ordinario local en el DF estableció en la *Ley de Salud del Distrito Federal* en sus Art. 5o., fracción XII y 17, fracción I, inciso aa), así como en el Capítulo XX la figura de la prevención y atención de las adicciones como servicios básicos de salud de carácter prioritario que deberán ser garantizados por el Gobierno a través de la Secretaría de Salud.

> Artículo 5o. – Para los efectos del derecho a la protección a la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

XII. La prevención y atención de las adicciones, particularmente el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia, y

Artículo 17. – En las materias de salubridad general el Gobierno tiene las siguientes atribuciones:

I. Planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de:

aa) El desarrollo de programas de salud contra las adicciones y la farmacodependencia, en coordinación con la Secretaría Federal y en los términos de los programas aplicables en la materia;

Capítulo XX

Adicciones

Artículo 82. – La prevención, atención, control y combate contra las adicciones, particularmente del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia, tiene carácter prioritario. El Gobierno garantizará, a través de la Secretaría, servicios integrales de salud para la atención de las adicciones.

LA NECESIDAD DE ADOPTAR MEDIDAS NO PRIVATIVAS DE LA LIBERTAD EN LA JUSTICIA PENAL JUVENIL

Así como existen preceptos constitucionales y legales que regulan la materia de salud, existen preceptos especializados es materia de justicia penal y penal juvenil que permiten construir todo un entramado jurídico para estar en posibilidades de implementar los Tribunales especializados a quienes sean menores de edad y hayan cometido un delito.

El art. 18, §§ cuarto y quinto constitucionales establecen que "se podrán aplicar las medidas de... tratamiento que amerite cada caso, atendiendo a la protección integral y el interés superior del adolescente", así como las medidas de "rehabilitación y asistencia social", en tanto que el art. 21, § tercero establece que "la imposición de las penas, su modificación y duración son propias y exclusivas de la autoridad judicial". *

Tales disposiciones regulan la necesidad de que sean Tribunales Judiciales quienes procesen a un menor de edad y le impongan alguna medida, pero también la obligación del Estado de dotar normativamente a los jueces de medidas que sean tendentes a rehabilitar a los adolescentes y darles asistencia social a través de las medidas de tratamiento que

* Si bien en materia de justicia penal minoril no es correcto hablar de penas, este precepto constitucional es la base para sostener la judicialización del juzgamiento y la respectiva imposición de medidas a los menores de edad que han cometido un delito.

sean necesarias en observancia al interés superior del adolescente y su protección integral.

Por su parte, en la Sexta parte: "Investigación, planificación y formulación y evaluación de políticas", numerales 30, 30.1, 30.2, 30.3 y 30.4, las *Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores* o "Reglas de Beijing", establecen la necesidad de los Estados Parte de planificar, formular y evaluar las políticas públicas con base en la investigación, debiendo "revisar y evaluar periódicamente las tendencias, los problemas y las causas de la delincuencia y criminalidad de menores, así como las diversas necesidades particulares del menor en custodia" con la finalidad de una "debida evaluación y perfeccionamiento ulterior de dicho sistema".

En tanto que las *Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil* o "Directrices de Riad", regulan en los apartados "III. Prevención general" y "VII. Investigación, formulación de normas y coordinación", numerales 9 y 60, la necesidad de formular en todos los niveles del gobierno planes generales de prevención con carácter "multidisciplinario e intradisciplinario, de los organismos y servicios económicos, sociales, educativos y de salud con el sistema de justicia, los organismos dedicados a los jóvenes, a la comunidad y al desarrollo y otras instituciones pertinentes", debiendo establecerse los mecanismos apropiados a tal efecto, que deberán comprender:

1. Análisis a fondo del problema y reseñas de programas y servicios, facilidades y recursos disponibles;
2. Funciones bien definidas de los organismos, instituciones y personal competentes que se ocupan de actividades preventivas;
3. Participación de la comunidad mediante una amplia gama de servicios y programas;
4. Estrecha cooperación interdisciplinaria entre los gobiernos nacionales, estatales, y municipales, con la participación del sector privado, de ciudadanos representativos de la comunidad interesada y de organismos laborales, de cuidado de las personas menores de edad, de educación sanitaria, sociales, judiciales y de los servicios de aplicación de la ley en la adopción de medidas coordinadas para prevenir la delincuencia juvenil y los delitos de los jóvenes, y
5. Personal especializado en todos los niveles.

Un instrumento internacional vinculante para México son las *Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad* o "Reglas de Tokio" que, al ser un instrumento no especializado en personas menores de edad, debe interpretarse sus contenidos haciendo una adecuación o "modulación" al sistema juvenil, así como al momento procesal de su aplicación, pues el instrumento se refiere a las medidas impuestas con motivo de una sentencia condenatoria y no a una fase previa, como puede ser en la suspensión del proceso.

Son los apartados "III. Fase de juicio y sentencia" y "IV. Fase posterior a la sentencia" los que ordenan al juzgador al adoptar su decisión a "tener en consideración las necesidades de rehabilitación del delincuente, la protección de la sociedad y los intereses de la víctima, quien será consultada cuando corresponda", para lo que deberá contar con una "amplia serie de medidas sustitutivas posteriores a la sentencia a fin de evitar la reclusión y prestar asistencia a los delincuentes para su pronta reinserción social".

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido en la Tesis de Jurisprudencia 69/2008, en consonancia con las *Reglas de Beijing* y las *Directrices de Riad*, que la integralidad del modelo penal juvenil implica que el Estado diseñe políticas de:

1. Prevención.
2. Procuración de justicia.
3. Impartición de justicia.
4. Tratamiento o ejecución de la medida, y
5. Investigación, planificación, formulación y evaluación de las políticas que incidan en la materia.

Ante este panorama, el Estado debe garantizar que al momento de impartir justicia se adopten medidas no privativas de la libertad que sean tendentes a rehabilitar a los adolescentes y darles asistencia social a través de las medidas de tratamiento que sean necesarias en observancia al interés superior del adolescente y su protección integral.

LA INCIDENCIA DELICTIVA JUVENIL EN MÉXICO Y EL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas ilícitas, a la par de la ingesta de alcohol ha ido en aumento drásticamente en la República Mexicana por parte de los menores de edad.

Según la *Encuesta Nacional sobre Adicciones 2008*, en seis años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales, en tanto que se reportó un aumento de 30% en la cifra de quienes alguna vez las han consumido. El grupo de mujeres de entre 12 y 25 años de edad, dependientes de cocaína y drogas de diseño, aumentó *seis veces* en el mismo periodo.

Refleja que en el Distrito Federal entre las edades de los 12 a 20 años, el ofrecimiento de alguna droga regalada asciende a 22.8%, mientras que comprada es de 9.2%; además apunta que el uso de cualquier droga entre la población de 12 a 65 años es de 8.5% y para drogas ilegales es de 7.8%, lo que incrementa exponencialmente los índices de casos de adicción en la ciudad.

La misma encuesta señala que la droga más usada es la marihuana con 6.6%, mientras que la cocaína es de 3.1%. Asimismo, menciona que el porcentaje de consumo de inhalables, en edad menor a los 18 años, es de 66.8%, de estimulantes tipo anfetamínico es de 66.1%, de tranquilizantes es de 56.1% y de marihuana es de 52.7%. Señala además que la

exposición a la prevención en las edades de 12 a 25 años es de 89.6% en la escuela (lo que habla de un tarea positiva pero muy insuficiente).

La problemática en torno al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas requiere fortalecer programas y políticas públicas por medio de la participación de las instituciones del Gobierno del DF, los organismos político administrativos y la sociedad civil, garantizando estrategias de prevención eficaces, infraestructura para la atención y rehabilitación; así como nuevas alternativas judiciales para las personas con problemas de adicción.

Tales datos varían un tanto respecto de los adolescentes al momento de la comisión de los delitos. Fundamentalmente los delitos son cometidos por adolescentes que se encuentran drogados por haber hecho uso de solventes, en segundo término marihuana y al final la cocaína *(Figura 1)*.

Al momento de delinquir, los adolescentes en el Distrito Federal fundamentalmente se encuentran drogados al momento de cometer delitos federales, mayoritariamente en la comisión de delitos graves y cuando se trata de delitos no graves, es el uso del alcohol lo que predomina *(Figura 2)*.

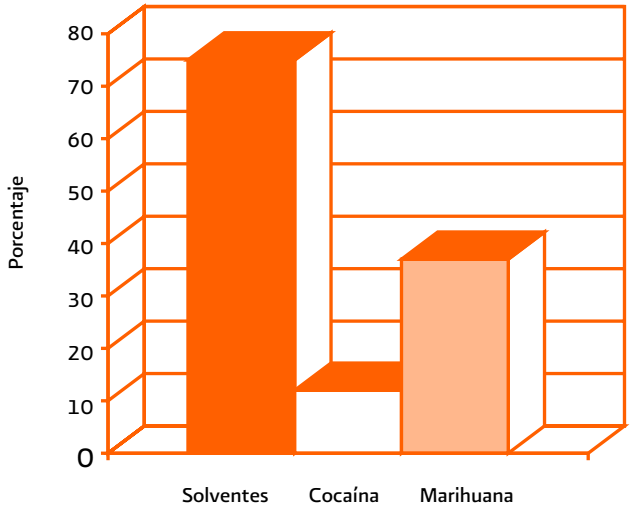


Figura 1.

Los delitos que primordialmente se cometen son los de robo, con 76.7%, seguido de los delitos contra la salud, con un 4.6% (*Figura 3*).

EL TRATAMIENTO A LAS ADICCIONES

A nivel federal se establece que el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es la unidad federal responsable de elaborar y evaluar los Programas Nacionales contra la farmacodependencia, contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, y el tabaquismo, "a través de los cuales promueve, fomenta y apoya las acciones de los sectores público, social y privado tendentes a la prevención y atención integral de las adicciones y problemas de salud pública asociados". A partir de su creación, el CONADIC comienza a establecer acuerdos de coordinación con las entidades federativas y se inicia el establecimiento de los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones (CECA y COMCA).

Por su parte, el Gobierno del Distrito Federal cuenta con el *Instituto de Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México* (IAPA), cuyas atribuciones en materia de menores y adolescentes en conflicto con la ley por consumo de sustancias psicoactivas, según el art. 45 de la *Ley para la*

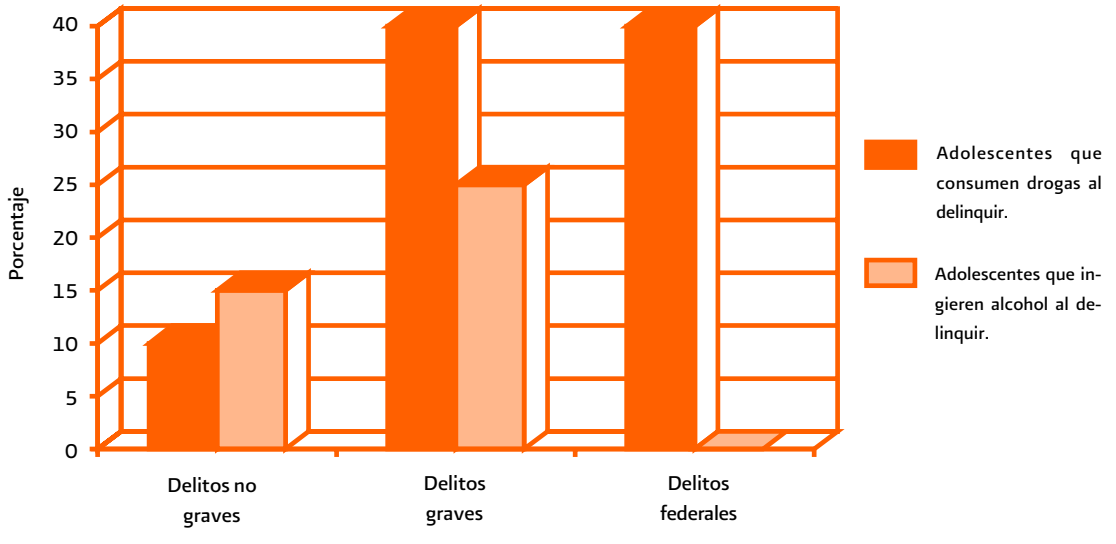


Figura 2.

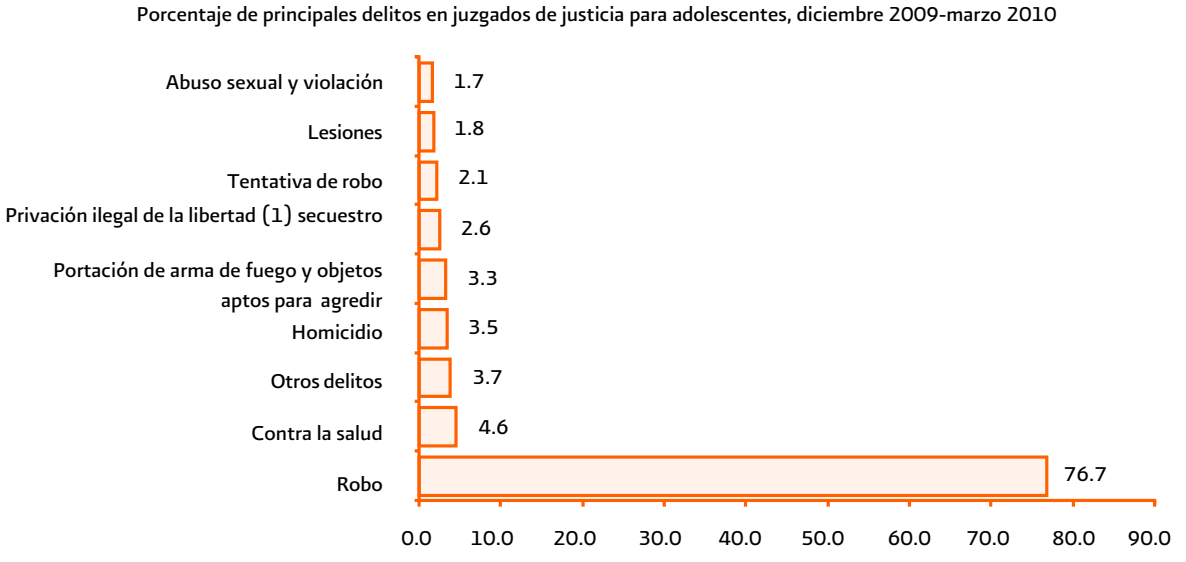


Figura 3.

Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal son:

1. Establecer en el Programa General estrategias específicas para el tratamiento de menores y adolescentes en conflicto con la ley derivado de la comisión de infracciones relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, proponiendo mecanismos para que sean reintegrados con el seguimiento correspondiente a través del Juzgado respectivo y proponiendo alternativas para que cumplan con las medidas impuestas por dichas conductas, y
2. Coadyuvar en la aplicación de dichos programas de tratamiento y reintegración, proporcionando asistencia, brindando capacitación constante y especializada al personal del Juzgado correspondiente en materia de detección, tratamiento, rehabilitación e integración comunitaria como parte de la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas a menores y adolescentes en conflicto con la ley.

El tratamiento a las adicciones de los menores de edad deberá darse en los Centros de Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas, que son instituciones públicas dependientes y auxiliares del Instituto, en las cuales se prestan servicios de atención integral a personas con consumo de sustancias psicoactivas y a la población en general en materia de prevención para la atención, así como en los establecimientos especializados en adicciones, que pueden ser establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionen servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto bajo la modalidad no residencial o residencial

Los tratamientos bajo la modalidad no residencial podrán llevarse a cabo a través de la atención:

1. De urgencias.
2. Ambulatoria en establecimientos mixtos y profesionales.
3. Ambulatoria de ayuda mutua, y
4. Ambulatoria alternativa.

En todo caso, se buscará la integración comunitaria a fin de reintegrar al adolescente con consumo de sustancias psicoactivas a la sociedad para que cuente con alternativas para mejorar sus condiciones de vida que le permitan incidir en su bienestar.

LA APLICACIÓN DEL MODELO DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES A LA JUSTICIA PENAL JUVENIL

Ya ha quedado de manifiesto el hecho de que la normatividad vigente, tanto la Constitución General en materia de adolescentes y de protección a la salud, como los instrumentos internacionales y las leyes generales, federales y del Distrito Federal, establecen la necesidad de aplicar medidas no privativas de la libertad a los adolescentes que hayan cometido delitos bajo el influjo de sustancias psicoactivas que tiendan a su reintegración social y familiar, así como a la rehabilitación e integración comunitaria como parte de la atención integral del consumo de dichas sustancias.

Si ya existe esa obligación, el planteamiento es cómo se debe hacer efectivo todo lo hasta aquí dicho. La respuesta que estamos dando en el Distrito Federal, es mediante la instrumentación de los Tribunales de Tratamiento a las Adicciones.

Para estos fines, una base importantísima es la existencia del "Capítulo Tercero", "De los menores y adolescentes en conflicto con la ley por consumo de sustancias psicoactivas" de la *Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal*, así como de la *Ley de Justicia para Adolescentes para el Distrito Federal*.

La visión es contar con una ley que establezca las bases del sistema de justicia terapéutica mediante la creación y operación de los *Tribunales de Tratamiento para las Adicciones* en coordinación con las instituciones operadoras* para la atención integral del abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal, a fin de propiciar la rehabilitación e integración comunitaria de los inculpados bajo la supervisión de dicho Tribunal.

Para la consecución de los fines, la PC deberá:

1. Considerar a las adicciones como enfermedad biopsicosocial crónica, progresiva y recurrente que afecta el juicio, el comportamiento y el desenvolvimiento social de las personas;
2. Vincular los servicios de tratamiento de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas con la remisión de asuntos en un proceso judicial alternativo;
3. Impulsar las acciones para reducir situaciones de riesgo del candidato frente a la justicia terapéutica;
4. Garantizar la protección de los derechos procesales de los participantes;
5. Fomentar programas de sinergia que promuevan estrategias de integración comunitaria mediante la participación del sector público, privado y social;
6. Mantener interacción constante entre el participante, el centro de tratamiento, el Tribunal y demás operadores;
7. Medir el logro de metas y su impacto mediante evaluaciones constantes y realimentar el procedimiento, a efecto de lograr una mejora continua, y
8. Promover una capacitación interdisciplinaria y actualización constante del personal de las instituciones operadoras del sistema.

El procedimiento seguido ante los Tribunales se regirá bajo los siguientes principios:

1. *Voluntariedad.* El candidato aceptará someterse a la jurisdicción del Tribunal de manera libre e informada respecto de las bondades, condiciones y sanciones que exige el procedimiento;
2. *Flexibilidad.* Para la aplicación de incentivos y sanciones, se considerará la evolución intermitente de la adicción durante el tratamiento como parte del proceso de rehabilitación;
3. *Confidencialidad.* La información personal de los participantes en tratamiento estará debidamente resguardada y únicamente tendrán acceso a ella los operadores como un principio ético aplicable tanto a la información de carácter médica como la derivada del proceso judicial;
4. *Oportunidad.* Se fomentará la armonía social mediante acciones basadas en el compromiso del participante y la satisfacción de la víctima o del ofendido en cuanto a la reparación del daño mediante la mediación o la conciliación ante el Centro de Justicia Alternativa del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal;

* La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el IAPA y la Consejería Jurídica y de Servicios Legales del Gobierno del Distrito Federal.

5. *Especialización*. El personal de las instituciones operadores estará capacitado en materia de adicciones y en Justicia Terapéutica;
6. *Transversalidad*. Es la articulación, complementación y homologación de las acciones e instrumentos aplicables en materia de adicciones por las instituciones del sector público, social y privado en torno a la realización armónica y funcional de las actividades previstas en el marco de esta ley, tomando en cuenta las características de la población a atender y sus factores específicos de riesgo;
7. *Jurisdiccionalidad.* La supervisión judicial debe ser amplia y coordinada para garantizar el cumplimiento del participante con las condiciones de la Suspensión del Proceso a Prueba;
8. *Complementariedad.* Convivencia de programas dirigidos a la abstinencia y a la reducción de riesgos y daños, garantizando la optimización de los recursos existentes, analizando los planes y estrategias para el desarrollo eficaz del procedimiento;
9. *Equidad.* Los beneficios del procedimiento deben garantizarse por igual en todo el Distrito Federal;
10. *Integralidad.* Considerar a cada persona de forma integral y abordar la problemática considerándola un fenómeno multifactorial;
11. *Diversificación.* Utilizar diferentes estrategias y métodos, abriendo nuevos campos de investigación y evaluación en las diferentes etapas del procedimiento, y
12. *Legalidad.* Durante el procedimiento, habrá de cumplirse con las formalidades esenciales expedidas con anterioridad al hecho, además de los derechos de audiencia y defensa; asimismo, serán respetados los derechos fundamentales de los participantes.

Para que un menor de edad sea elegible deberán presentarse las siguientes circunstancias:

1. Haberse dictado la resolución inicial por delito patrimonial no violento;
2. Que sea consumidor de sustancias psicoactivas;
3. Exprese su consentimiento previo, libre e informado de acceder al procedimiento Medie;
4. Exista evaluación diagnóstica inicial;
5. Cuente con una red de apoyo familiar, social o institucional pública, privada o de la sociedad civil que garantice su vinculación y permanencia en el procedimiento;
6. No se encuentre procesado por la comisión de un delito grave;
7. Sea la primera ocasión en que accede al procedimiento;
8. No exista oposición fundada por parte del Ministerio Público, y
9. Garantice la reparación del daño que para el efecto haya fijado el Juez Penal. Tratándose de monto indeterminado, será necesario previo acuerdo reparatorio entre los interesados ante el Centro de Justicia Alternativa del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.

Una vez que el adolescente candidato cumpla con los requisitos de elegibilidad se considerará participante del procedimiento y deberá cumplir con las siguientes obligaciones a fin de permanecer con la suspensión del proceso a prueba:

1. Residir en lugar determinado, y en su caso, comunicar los cambios de domicilio que tuviere;
2. No amenazar, ni agredir físicamente a la víctima u ofendido o algún testigo que haya depuesto en su contra;
3. Someterse al plan de tratamiento que su circunstancia personal requiera;
4. Someterse a la vigilancia de la autoridad judicial en los términos y las condiciones que el caso amerite;
5. No cometer un nuevo delito;
6. Abstenerse de consumir sustancias psicoactivas, salvo por tratamiento o prescripción médica;
7. Evitar situaciones de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, y
8. Cumplir con las obligaciones adicionales que el Juez especializado imponga.

Según el grado de cumplimiento de las obligaciones que se tengan podrán aplicarse estímulos e imponer las sanciones correspondientes.*

El procedimiento es el siguiente:

1. Resuelta la situación jurídica del probable responsable, éste por sí mismo o a través de su defensor, solicitará por escrito al Juez Penal someterse al procedimiento bajo la supervisión judicial por parte del Juez Especializado;
2. El Juez Penal dará entrada a la solicitud, observando los requisitos de elegibilidad previstos en esta Ley y en caso de ser elegible, requerirá a la Unidad de Apoyo Especializado la evaluación diagnóstica inicial, a efecto de que sea remitida en un término de 24 horas. En caso de no reunir los requisitos, desechará de plano la solicitud. Contra la resolución que deseche la solicitud de elegibilidad del procedimiento, procederá el recurso de apelación;
3. Una vez que el Juez Penal reciba la evaluación diagnóstica inicial en sentido positivo, remitirá al Juez Especializado que corresponda dicha solicitud y la evaluación diagnóstica inicial a fin de que este último ordene la elaboración del diagnóstico confirmatorio, así como el Plan de Tratamiento por parte del Centro de Tratamiento que el Instituto señale;
4. Recibido el diagnóstico confirmatorio se admitirá el ingreso del candidato al procedimiento y notificará al Juez Penal a efecto de que éste se pronuncie respecto a la suspensión del proceso a prueba. En caso de que se trate de diagnóstico no confirmatorio el Juez Especializado dictará la no admisión al procedimiento, notificándole al Juez Penal para que continúe con el proceso penal correspondiente;
5. En la audiencia inicial el Juez Especializado:

    a. Precisará los antecedentes del caso, así como el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad y de admisión;

* Durante el procedimiento, el participante o su defensor podrán solicitar incentivos al juez especializado, el cual determinará en cada caso el grado de cumplimiento del participante basándose en los informes de evaluación del Centro de Tratamiento. Los incentivos son 1) reducir la frecuencia de las sesiones de tratamiento, 2) reducir la duración del tratamiento, 3) reducir la frecuencia de la supervisión judicial, 4) autorizar la participación libre en actividades de la comunidad, y 5) proveer cualquier otro incentivo que reconozca el cumplimiento del participante en el Plan de Tratamiento. Pero también podrán ordenarse sanciones, tales como: 1) aumentar la frecuencia de la supervisión judicial, 2) aumentar la frecuencia de pruebas toxicológicas, y 3) ordenar el arresto hasta por 36 horas.

b. Escuchará al participante sobre la voluntad libre e informada de someterse a las condiciones en el procedimiento;
c. Hará del conocimiento del participante los derechos, obligaciones, incentivos y sanciones del procedimiento;
d. Solicitará al representante del Centro de Tratamiento explique el Plan de Tratamiento al caso concreto;
e. Escuchará en su caso a un representante de la Unidad de Apoyo Especializado;

f. Escuchará al agente del Ministerio Público, al defensor y en su caso, a la víctima u ofendido a fin de que manifiesten lo que a su derecho corresponda;
g. Confirmará el Plan de Tratamiento y el Centro que corresponda, y
h. Fijará la periodicidad de las audiencias de seguimiento.

También podrán llevarse audiencias especiales para la atención de situaciones emergencia, como:

a. Necesidad de cambio de nivel de cuidado clínico;
b. Emitir órdenes complementarias para evaluaciones médicas;
c. Conceder autorizaciones para salir de la jurisdicción, o
d. Cualquier otra que pudiera beneficiar al participante en su proceso de rehabilitación.

5. Concluido el tratamiento, el Centro de Tratamiento en coordinación con el Administrador preparará la audiencia de egreso para la integración comunitaria del participante;
6. En la audiencia de egreso, el Juez Especializado evaluará los informes del Centro de Tratamiento y se pronunciará respecto de la conclusión del Plan de Tratamiento así como que el participante ha resarcido el daño a la víctima u ofendido;
7. El Juez Especializado decretará la conclusión del procedimiento y notificará al Juez Penal para el sobreseimiento de la causa;

Serán causa de expulsión del procedimiento la reiteración de las siguientes conductas:

a. Antidoping positivo o con aparición de consumo de otras sustancias psicoactivas;
b. No acudir a las sesiones del Centro de Tratamiento sin justificación;
c. Abandonar el Plan de Tratamiento;
d. No acudir a las audiencias judiciales;
e. Poseer armas o sustancias psicoactivas en su persona;
f. Haber cometido algún delito o haber sido arrestado administrativamente por motivo de consumo de sustancias psicoactivas;
g. No comunicar cambios de domicilio, y
h. Falsear pruebas en el antidoping.

La parte más interesante no es la del procedimiento jurisdiccional, sino la del tratamiento al que se habrá de someter al adolescente, el cual no podrá durar más de dos años e iniciará una vez que el participante haya sido admitido, a efecto de atender su problema de adicción, así como los trastornos relacionados con al mismo.

El Plan de Tratamiento se elaborará a partir del diagnóstico confirmatorio, de acuerdo con las necesidades, características del candidato, así como su grado de adicción y podrá ser bajo la modalidad residencial o ambulatoria. En ningún caso, las constancias que integren el plan de tratamiento podrán ser utilizadas fuera de esos fines.

La intervención se establecerá con base en los lineamientos, modalidades y métodos emitidos por organismos internacionales de la materia, la Ley General de Salud,[3] la Ley de Salud del Distrito Federal,[8] la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal,[6] las Normas Oficiales Mexicanas respectivas y demás instrumentos jurídicos aplicables.

El plan de tratamiento será ofrecido por los Centros de Tratamiento que hayan recibido el reconocimiento del Instituto y funjan como sus órganos auxiliares; se aplicará con respeto de los derechos humanos y con perspectiva de género, siguiendo los estándares de profesionalismo y de ética médica en la prestación de servicios de salud y cuidando la integridad física y mental de los participantes.

El Juez por medio de la autoridad competente y en conocimiento del IAPA podrá en cualquier momento aplicar un examen de detección toxicológica cuando el adolescente haya decidido voluntariamente incorporarse a un tratamiento de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas; asimismo, establecerá colaboración con las Delegaciones correspondientes, para la aplicación de las acciones de integración comunitaria.

El tratamiento podrá llevarse mediante las siguientes modalidades de intervención:

1. Tratamiento psico-farmacológico en caso de ser necesario de acuerdo con el criterio del médico para el manejo de la intoxicación, de la abstinencia o de los trastornos psiquiátricos concomitantes;
2. Psicoterapia individual;
3. Psicoterapia de grupo;
4. Psicoterapia familiar;
5. Sesión de grupo de familias;
6. Actividades psicoeducativas, culturales y deportivas, y
7. Terapia ocupacional y capacitación para el trabajo.

El tratamiento comprenderá cinco fases:

1. Evaluación diagnóstica inicial;
2. Diseño del plan de tratamiento;
3. Desarrollo de tratamiento clínico;
4. Rehabilitación e integración comunitaria, y
5. Evaluación y seguimiento.

Como se dijo en la exposición de motivos de la "Iniciativa con proyecto de Decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal", con este modelo de justicia juvenil, el Distrito Federal busca adoptar un modelo de derecho penal mínimo, garantista, de prevención del delito y de justicia terapéutica, que respete y proteja los derechos humanos de los inculpados y la población interna, que promueva el bienestar psicológico, físico y social de los menores

de edad en conflicto con la ley penal que evidencian problemas de abuso o dependencia de drogas, en el que la medida de internamiento sea el último recurso.

Con esta iniciativa queremos propiciar la rehabilitación bajo la supervisión del *Tribunal de Tratamiento para las Adicciones* de los inculpados relacionados con abuso o dependencia de sustancias adictivas; la reducción de la reincidencia delictiva mediante la disminución o eliminación del consumo de drogas o alcohol y lograr su reinserción social a partir de establecer las bases del sistema de justicia terapéutica y ser la primer entidad federativa que cuente con una ley al respecto, reconociendo en todo momento la experiencia de Nuevo León como pionero de esta figura en el modelo de adultos en el país.

REFERENCIAS

1. Borja JE. "Curso de política criminal". Tirant lo Blanch. Valencia, España: 2003.
2. Núñez PM, Alonso PF. "Nociones de criminología". Colex. Madrid; 2002.
3. Ley General de Salud.
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
5. Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.
6. Ley para la Atención Integral del Consumol de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.
7. Ley de Justicia para Adolescentes para el Distrito Federal.
8. Ley de Salud del Distrito Federal.
9. Iniciativa con proyecto de Decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal.
10. García Pablos de Molina A. "Tratado de Criminología. Introducción. Modelos teóricos explicativos de la criminalidad. Prevención del delito. Sistemas de respuesta al crimen". 2A. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia: 1999.
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Gabriel Nagore Cázares (coord.), México: 2008.
12. Muñoz CF. Introducción al libro de Roxin Claus. "Política criminal y sistema del Derecho penal". Bosch, Barcelona: 1972.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

XV.
Derivaciones a tratamiento por mandato ministerial y judicial

Lic. Joahana del Río Rebolledo,* Dr. Gerardo García Silva**

* Directora General del Instituto Mexicano del Juicio Oral, A.C.
** Director Regional del Instituto Mexicano del Juicio Oral, A.C.

"Las drogas están controladas porque son peligrosas, no son peligrosas porque están controladas".
Antonio Mazziteli, *Representante regional de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas*

Sumario: Introducción. I. El contexto internacional sobre las drogas. II. Planteamiento del problema en México. III. La reforma a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales de agosto de 2009 en materia de narcomenudeo. IV. Los retos de aplicación de la reforma de narcomenudeo. V. La derivación para orientación/tratamiento. Conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Los efectos de la globalización han llevado consigo una serie de fenómenos sociales que alcanzan tanto a países de primer mundo como a aquéllos en vías de desarrollo. El narcotráfico y el consumo de drogas en la última década han aumentado intempestivamente a nivel mundial, de igual forma, nuestro país no ha sido ajeno a estos fenómenos que han afectado gravemente a la estabilidad social. En las últimas décadas hemos presenciado cómo México se ha transformado de ser un país de producción y paso de drogas, a ser un país con un mercado de consumo que cada vez aumenta más.

El incremento en el consumo de drogas ha afectado especialmente a niños y jóvenes, por lo que resulta imperiosa la necesidad de recuperar la seguridad social mediante el combate frontal y eficaz al crimen organizado, así como a través de políticas eficaces de prevención y tratamiento.

En ese intento, en los últimos años (2006-2011) se ha generado una política de Estado que pretende atender de manera integral el fenómeno, estableciendo mecanismos de coordinación de esfuerzos y recursos de los tres órdenes de gobierno, así como del sector salud, para establecer acciones compartidas que permitan, no solamente un combate efectivo en contra del narcotráfico y el narcomenudeo, sino incidir de manera importante en disminuir los efectos nocivos del consumo de drogas y sus consecuencias, tanto en la salud, como en la seguridad de la población mexicana.

En ese espíritu, el 20 de agosto de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma a varias disposiciones de la Ley General de Salud, el Código Penal Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales, en donde se establece de manera clara la corresponsabilidad del Gobierno Federal y de las entidades federativas para la prevención y el combate a la posesión, comercio y suministro de narcóticos, asimismo, se normaron diversos tipos penales que permitan imponer una sanción ejemplar a esas conductas.

Al mismo tiempo, también se establece la oportunidad para que el farmacodependiente o consumidor habitual que sea sorprendido en posesión de algún narcótico de los mencionados en la tabla del artículo 479 de la Ley General de Salud, que por su naturaleza y cantidad, el Ministerio Público determine no ejercer la acción penal –toda vez que resulte ser para su consumo personal e inmediato–, deberá proceder a derivarlo a una institución de salud, a efecto de que reciba la orientación o tratamiento que corresponda.

Estas reformas imponen a las autoridades sanitarias proporcionar la orientación o el tratamiento médico que corresponda, tratándose de casos de farmacodependientes o consumidores ocasionales, esto sin duda ha tenido un impacto directo en la capacidad de las instituciones encargadas de brindar estos servicios, las cuales se han incrementado en cerca de 40%, lo que está comprometiendo la capacidad de brindar sus servicios de manera adecuada, no sólo a la población abierta que acude a solicitar sus servicios, sino a aquellas personas que, a partir de esta reforma, son derivadas por autoridades Ministeriales o Judiciales, lo anterior ha provocado que muchas de estas instituciones dejen de realizar labores de prevención, debido a la sobrecarga de trabajo que representa la atención de todos estos casos.

Los transitorios de la reforma en comento, establecen que para agosto de 2012 todas las instituciones, operadores y niveles de gobierno que tienen que aplicar estas reformas, deberan haber realizado los cambios normativos, estructurales y de operación para aplicarlas, lo que constituye un verdadero reto de implementación.

Gran parte del éxito que tenga la implementación de esta reforma, dependerá de hacer efectivo el procedimiento de derivación –el cual por cierto no está determinado expresamente en la ley–, lo que está causando problemas en la operación de la misma. Luego entonces, para que todas las derivaciones realizadas por el Ministerio Público a los centros de salud logren su objetivo de rehabilitación y una eventual reinserción social, resulta indispensable la implementación de mecanismos estandarizados para la derivación y tratamiento de consumidores y farmacodependientes, que vinculen a las autoridades de seguridad pública, procuración e impartición de justicia, así como de ejecución de sanciones, pues requieren de su observación, seguimiento y vigilancia, de eso da cuenta esta colaboración.

Vivimos momentos decisivos respecto de la manera de atender adecuadamente el reto que implica el fenómeno del consumo de drogas y sus efectos. A cien años de la suscripción de la *Convención Internacional del Opio*, firmada en La Haya en 1912, así como de la celebración del quincuagésimo aniversario de la *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, piedra angular del sistema de fiscalización internacional de drogas, se cuestionan los logros de esta política "Prohibicionista" y comienzan a escucharse fuertemente argumentos de quienes proponen la "legalización" de las drogas. Sin duda son debates que vendrán y deberemos contar con bases para ponderar unos y otros, pero mientras tanto eso sucede el Estado Mexicano tiene que atender este reto ahora, con absoluto respeto a los derechos fundamentales de quienes se encuentran inmersos en esta situación, las ideas que se proponen en esta colaboración van en ese sentido, proporcionar elementos para el debate.

EL CONTEXTO INTERNACIONAL SOBRE LAS DROGAS

Para poder comprender la complejidad del tema de las drogas y la manera en que éste ha sido considerado, es necesario revisar el contexto internacional, para ello vamos a analizar los documentos más

importantes a nivel internacional sobre el particular y vamos a destacar los aspectos centrales de dichos documentos.

Según el *Informe Mundial sobre las Drogas (WDR) 2011: los mercados mundiales de cocaína, heroína y cannabis se redujeron o se estabilizaron, pero aumentaron la producción y el abuso de opioides y de nuevas drogas sintéticas, de venta con receta. [...] Si bien se registró un brusco descenso de la producción de opio y una reducción moderada del cultivo de coca, en general, la fabricación de heroína y cocaína seguía siendo significativa.**

Asimismo, respecto del consumo, el informe señala que éste se ha mantenido estable, sobre todo en la población de entre 15 y 64 años, sin embargo, aumentó el consumo de sustancias no sometidas a fiscalización internacional:

> *En todo el mundo unos 210 millones de personas, es decir, 4,8% de la población de 15 a 64 años de edad, consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez durante el último año. El consumo general de drogas, incluido el consumo problemático (0,6% de la población de 15 a 64 años) se mantuvo estable. Sin embargo, se disparó la demanda de sustancias no sometidas a fiscalización internacional, como la piperazina y la catinona. Además, se imitan los efectos del cannabis mediante cannabinoides sintéticos, también conocidos como "spice".*†

Respecto de la cannabis, el *WDR* señala que, con mucho, sigue siendo la droga de mayor consumo en el mundo:

> *El cannabis sigue siendo, con creces, la sustancia ilícita más producida y consumida en todo el mundo, aunque se dispone de datos limitados a ese respecto. En 2009, entre el 2,8% y el 4,5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad (es decir, entre 125 y 203 millones de personas) habían consumido cannabis al menos una vez durante el año anterior.*‡

En cuanto a las consecuencias derivadas del consumo de drogas, los datos que arroja el reporte son contundentes:

> *Las drogas provocan unas 200,000 muertes por año. Dado que las personas con un problema de consumo de drogas más grave constituyen la mayor parte de la demanda de drogas, tratar ese problema es uno de los mejores medios de reducir el mercado.*§

El *WDR* destaca la importancia de los acuerdos establecidos para la fiscalización de las drogas y remarca la idea de que la prohibición y regulación siguen siendo las opciones, no así la legalización:

> *"En este año (2011) se conmemora el quincuagésimo aniversario de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, piedra an-*

* Informe Mundial sobre las Drogas, ONUDC, 23 de junio 2011, dirección electrónica: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/Press-releases/PR-Spanish.pdf.
† *Idem.*
‡ *Idem.*
§ *Idem.*

gular del sistema de fiscalización internacional de drogas. Sus disposiciones siguen siendo válidas y muy pertinentes, al igual que su objetivo principal de proteger la salud".[||]

En cuanto al tráfico, el *WDR* no es optimista, pues señala que pese a los esfuerzos para erradicar cultivos y a las incautaciones realizadas, la producción de drogas prácticamente se ha mantenido constante, e incluso ha aumentado:

Las corrientes de tráfico varían según el tipo de droga de que se trate. El tipo más incautado, la hierba de cannabis, suele producirse localmente y por ello su tráfico internacional es limitado. La cocaína y la heroína se trafican tanto dentro de una región como entre varias regiones, y una cantidad considerable de esas drogas se consume muy lejos de los países de cultivo y producción. La mayoría de los estimulantes de tipo anfetamínico se fabrican en la región donde se consumen, mientras que sus precursores se trafican entre regiones.

Las tendencias a largo plazo indican que han aumentado las incautaciones de los principales tipos de drogas.

Entre 1998 y 2009 las incautaciones de cocaína, heroína, morfina y cannabis casi se duplicaron, y las de estimulantes de tipo anfetamínico aumentaron a más del triple.[¶]

El reporte también advierte sobre las consecuencias del consumo prolongado de la cannabis, así como de los esfuerzos realizados para incautarla, de igual manera, destaca que éstos se han duplicado, remarcando el esfuerzo que se ha realizado en México, sin embargo, el consumo sigue siendo demasiado alto:

Estudios recientes han demostrado que la exposición intensa (consumo regular durante mucho tiempo y con dosis altas) a los productos de cannabis de alta potencia puede aumentar el riesgo de sufrir trastornos psicóticos. Al parecer, el promedio de concentración de la principal sustancia psicoactiva de los productos de cannabis, el THC, es mayor que hace diez o quince años, aunque los datos correspondientes a los últimos cinco años muestran una tendencia estable en algunos países. Con todo, esa pauta no es aplicable a todos los productos ni a todos los países.

Las incautaciones de hierba de cannabis aumentaron ligeramente, a unas 6.000 toneladas, volviendo así a los niveles de 2006-2007 tras el descenso experimentado en 2008. En 2009 la mayor parte de las incautaciones de hierba de cannabis se produjo en América del Norte, y tanto en los Estados Unidos como en México se registraron aumentos.[**]

Ante esta panorámica, muchas voces se han alzado respecto de revisar la política internacional sobre la prohibición de las drogas, planteando como opción la legalización, sin embargo, el informe 2011 de la *Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)*, brinda argumentos para seguir man-

[||] Idem.
[¶] Idem.
[**] Idem.

teniendo la actual política de prohibición, sobre todo al cumplirse (en el 2012) el centenario de la Convención Internacional del Opio, firmada en la Haya en 1912.

> *El informe anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011 está dedicado al centenario de la Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya en 1912. A finales del siglo XIX y principios del XX, los gobiernos y la sociedad civil reconocieron el grave peligro que suponía para la salud pública la compraventa no reglamentada y los elevados niveles de uso indebido de drogas y toxicomanía en todo el mundo. En aquella época, alrededor de 90% del consumo de estupefacientes en los Estados Unidos se destinaba a fines no médicos, y, en China, el consumo anual de opiáceos se calculaba en más de 3,000 toneladas de equivalente de morfina, cifra apreciablemente mayor que la del consumo mundial 100 años después.*[††]

El propio informe destaca la importancia de enfocar el tema del consumo de drogas como un problema multilateral que debe hacer prevalecer la protección de la salud de la población mundial.

> *La firma de la Convención de 1912 fue un hito que hizo patente el reconocimiento de que la cooperación internacional y el principio de la responsabilidad compartida eran fundamentales para la fiscalización de las drogas. Se reconoció así la importancia que revestía la disponibilidad de drogas para fines médicos y científicos y se otorgó prioridad a proteger a las personas y las comunidades del uso indebido de drogas y la toxicomanía y de la pérdida de libertad que se derivaba de esa dependencia de las drogas.*[‡‡]

El informe de la *JIFE* señala que pese a los esfuerzos realizados durante un siglo de fiscalización, aún persisten grandes problemas como la marginación de comunidades que son vulnerables al consumo de drogas, desigualdades en el acceso a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos, que la relación droga-delito se ha hecho cada vez más patente a nivel mundial, entre otros.

En cuanto a los aspectos regionales destacados, el informe de la *JIFE*, advierte sobre el aumento del tráfico, sobre todo en la región de Centroamérica, incluso señala que 90% de la droga que llega a Estados Unidos cruza desde México:

> Algunos carteles de narcotraficantes mexicanos, al verse sometidos al acoso de los órganos de represión del país, han trasladado sus operaciones a América Central, recurriendo a niveles de violencia cada vez mayores. En los últimos años, los países de América Central han adquirido más importancia como zonas de reexpedición. En 2010 se constató que Honduras, Costa Rica y Nicaragua eran, por primera vez, importantes países de tránsito para el contrabando de drogas destinadas principalmente a los Estados Unidos.

[††] Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe anual 2011, Dirección electrónica: http://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/PRESS_KIT_spa.pdf.
[‡‡] Idem.

[...]

Alrededor de 90% de la cocaína que se consume en los Estados Unidos se trafica a través de México.

En cuanto a América del Norte, el informe de la *JIFE* es igualmente contundente, al señalar que sigue representando la región de más alto consumo en el mundo, asimismo, destaca que pese a los esfuerzos realizados por México, se ha desatado una violencia relacionada directamente con las drogas, incluso pese a los logros indudables en cuanto a las incautaciones de drogas, de igual manera, el reporte de la *JIFE* señala que en la región anualmente pierden la vida cerca de cuarenta y cinco mil personas relacionadas con las drogas:

América del Norte siguió siendo el principal mercado de drogas del mundo y los tres países de la región continuaron presentando niveles elevados de producción, fabricación, tráfico y consumo de drogas ilícitas. El cannabis sigue siendo la droga que más se produce en la región, y son enormes las cantidades producidas en los tres países.

En México, la violencia generalizada relacionada con las drogas no ha cesado, pese a las enérgicas medidas adoptadas por el Gobierno del país para hacer frente al problema. En julio de 2011, el Gobierno de México anunció que había detectado la mayor plantación de cannabis jamás descubierta en el país, con una superficie de 120 hectáreas y que habría alcanzado un rendimiento estimado de 120 toneladas de cannabis con un valor de venta en la calle de 160 millones de dólares EE.UU.

Se calcula que cada año fallecen más de 45,000 personas en la región por causas relacionadas con las drogas, lo que constituye el índice anual más elevado de mortalidad relacionada con las drogas a nivel mundial. El uso indebido de medicamentos de dispensación con receta en América del Norte ha seguido siendo un problema importante y ya constituye el problema de drogas que con más celeridad aumenta en los Estados Unidos.[§§]

La información proporcionada, tanto por el *WDR*, así como por el informe de la *JIFE*, nos proporcionan una panorámica internacional del problema de las drogas, como se aprecia, nuestro país se encuentra inmerso en ese contexto, por ello es necesario contextualizar lo que ha sucedido en nuestro país en los últimos seis años para entender las políticas y acciones que se han implementado al respecto, en particular la reforma a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales, de 20 de agosto de 2009, mejor conocida como reforma en materia de narcomenudeo, sus alcances, retos y perspectivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EN MÉXICO

Según los resultados de la *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008*, el consumo de drogas en el país se ha duplicado. Respecto del consumo de drogas, los datos que arroja la *ENA 2008*, son los siguientes:

[§§] Idem.

- 450 mil adictos a drogas.
- (1.2 millones consumidores).

Sobre los impactos en cuanto a la población, tipo de drogas y la asociación droga-delito, de igual forma, los datos parecen ser muy reveladores:

- Las mujeres adolescentes están equiparando sus hábitos de consumo de alcohol al de los hombres.
- El uso de cocaína y crack se ha elevado y el uso de heroína ya no se limita a la zona fronteriza del norte.
- Se ha registrado que 60% de los delitos se cometen bajo influjo de alguna sustancia adictiva.
- De 2002 a 2008 el consumo de drogas ilegales y de drogas médicas fuera de prescripción en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad, aumentó de 5 a 5.7%.
- Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%.
- El consumo de drogas médicas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.
- El índice de crecimiento es mayor en las mujeres, entre ellas, el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% a 1.9%, de 2002 a 2008.
- La mariguana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población.
- En cuanto al consumo de fármacos fuera de prescripción:
  - Los hombres presentan un mayor consumo que las mujeres.
  - Ambos grupos prefieren los tranquilizantes, seguidos de las anfetaminas.

- Existen 428,819 personas que requieren de atención especializada.
- Hay 3'869,093 de personas que requieren de intervenciones breves.
- Existen 10'184,064 de personas que requieren intervenciones selectivas o indicadas.
- El 80.7% de la población requiere de prevención de drogas (89'600,000 personas).

El problema de la asociación drogas-delito en México muestra una clara tendencia a la alza, especialmente en los últimos años, algunos datos nos muestran las dimensiones que ha adquirido esta problemática en su vinculación con la comisión de actos ilícitos.

Por lo que hace a la incidencia de consumo de narcóticos y la comisión de delitos:

- A nivel nacional, 60% de los delitos son cometidos por personas que han consumido estupefacientes y/o alcohol.
- De acuerdo con el Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social (OADPRS), se estima que a nivel nacional el 94.88% de los presos son consumidores de drogas, es decir de los 224,749 reos que hay en las 431 cárceles del país, 213,242 consumen drogas.
- El delito que presenta el porcentaje más alto de internos farmacodependientes a nivel na-

cional (más de 50%), es el robo (simple y con violencia).[||||]

Otro tanto se refleja en la relación droga-delito para el caso de menores en conflicto con la ley penal.

Por lo que respecta a la incidencia de consumo y comisión de delitos en menores infractores:

- En el caso de menores infractores, 54.3% reportó consumir drogas de forma habitual.
- Asimismo, se reportó que 16.1% cometieron la infracción bajo el efecto de alguna sustancia.
- La droga más utilizada entre estos menores infractores fue la mariguana (24.9%), seguida por alcohol (20.9%), tabaco (19.65%), inhalables (17.52%) y cocaína (11.6%).[¶¶]

Se puede observar una correlación específica entre la comisión de delitos y el consumo de drogas a nivel nacional, tal y como lo revela la Encuesta Nacional contra las Adicciones (ENA 2008) *(Cuadros I y II)*.

En ese sentido, el Quinto Informe del Gobierno Federal,*** destaca algunos aspectos importantes respecto de la lucha contra el narcotráfico y las adicciones como parte de la *Estrategia Nacional de Seguridad*, en el eje *Estado de Derecho y Seguridad Pública*, del cual destacamos algunos de los aspectos más relevantes vinculados con el tema:

En el informe se destaca que: *el Gobierno Federal ha asumido con determinación y responsabilidad la lucha por una seguridad auténtica y duradera para las familias mexicanas, con el objetivo de garantizar una convivencia ordenada y tranquila en todo el territorio y de hacer de México un país de leyes e instituciones.*[†††]

Que el Gobierno Federal estructuró una Estrategia Nacional de Seguridad basada en cinco componentes a saber:

1. Operativos coordinados en apoyo a las autoridades locales y a los ciudadanos.
2. Escalamiento de las capacidades operativas y tecnológicas de las Fuerzas del Estado.
3. Reformas al marco legal e institucional.
4. Política activa de prevención del delito.
5. Fortalecimiento de la cooperación a nivel nacional e internacional.

Que, como resultado de dicha estrategia, así como del trabajo conjunto y coordinado con los otros poderes de la Unión, así como con los tres niveles de gobierno se han obtenido los siguientes resultados:

> *Como resultado del esfuerzo nacional en el combate a la delincuencia organizada, entre diciembre de 2006 y agosto de 2011 se han asegurado más de 108 mil 900 kilogramos de cocaína, 9 mil 351 toneladas de marihuana,*

[||||] *Fuente: Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad ICESI Informe del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social OADPRS, 2009.*
[¶¶] *Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Informe 2008: Consejo Tutelar de Menores.*
[***] Quinto Informe de Gobierno, Dirección electrónica: http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/resumen-ejecutivo/estado-de-derecho-y-seguridad.
[†††] Idem.

Cuadro I. Incidencia en el consumo de drogas a nivel nacional.

Cualquier droga	Drogas ilegales	Drogas médicas	Droga de impacto
5.7%	5.2.%	1%	Marihuana y cocaína

Incidencia acumulada para el uso de drogas. Población total de 12 a 65 años. Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Cuadro II. Comisión de delitos bajo el influjo de drogas y/o alcohol internos consumidores en Centros Penitenciarios.

Comisión de delitos por consumidores media nacional	Internos consumidores media nacional
60%	94.88%

Fuente: Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad ICESI. Informe del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social OADPRS, 2009.

3 mil 651 kilogramos de goma de opio y mil 798 kilogramos de heroína; además se decomisaron más de 57 mil 900 vehículos terrestres, 431 marítimos y 546 aéreos; más de 49 mil 600 armas cortas y 70 mil 220 largas; así como más de 12.7 millones de municiones y 10 mil 181 granadas. Además, sólo de septiembre de 2010 a julio de 2011 fueron desmantelados 185 laboratorios para la producción de drogas sintéticas.

Como resultado de la erradicación y aseguramiento de drogas durante esta administración, las organizaciones criminales han dejado de recibir recursos por más de 12 mil 742 millones de dólares y se ha evitado que más de 57 mil 811 millones de dosis de diferentes drogas se vendieran en el mercado ilícito. Esta cantidad de dosis equivale a que cada joven mexicano, entre los 15 y 30 años, hubiera tenido acceso a más de una dosis diariamente durante los últimos cinco años.[‡‡‡]

‡‡‡ Idem.

Asimismo, el informe destaca logros, como la detención de líderes de la delincuencia organizada, así como de decomisos:

- Decomisos

  El 18 de julio de 2011, en la ciudad de Querétaro se realizó el decomiso de precursores químicos para la producción de drogas sintéticas más grande de este gobierno. En dicha operación se aseguraron más de 300 toneladas de 2-fenilacetamida, 312 mil litros de fenilacetato de metilo, 43 mil kilogramos de ácido tartárico, 27 mil 300 litros de ácido clorhídrico y 60 mil litros de cloruro de bencilo en una misma bodega.

  El 12 de julio de 2011 se localizaron y erradicaron más de 120 hectáreas de plantíos de marihuana en el municipio de Ensenada, Baja California. Ésta ha sido el área más grande de sembradíos erradicados en la historia del país. Esta superficie es equivalente a más de 25 veces el tamaño del Zócalo de la Ciudad de México.

- Principales Líderes de la Delincuencia Organizada Detenidos

  El Gobierno Federal combate a todas las organizaciones criminales que buscan poner en riesgo la seguridad, la tranquilidad y la salud de los mexicanos. La Procuraduría General de la República, en marzo de 2009, publicó una lista de los 37 líderes criminales más peligrosos de México. Al mes de agosto de 2011 se han inhabilitado 21 de estos peligrosos criminales, de los cuales cinco han sido detenidos en los últimos 12 meses.[§§§]

El informe también destaca las acciones que se han desarrollado en estos cinco años en torno a la prevención de adicciones a través de los *Centros Nueva Vida (CNV)*, destacando los principales resultados obtenidos:

- Centros Nueva Vida

  Los Centros Nueva Vida (CNV) dan atención primaria para las personas que consumen o abusan de alcohol, tabaco u otras drogas, con el objetivo de prevenir que su consumo se convierta en una adicción.

- La estrategia Nueva Vida

  La Estrategia Nueva Vida es una respuesta al incremento en el consumo, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas en México. Su objetivo es reducir el consumo de estas sustancias dando un impulso sin precedentes a la atención integral de las adicciones.

  La estrategia abarca todas las fases asociadas a este problema de salud pública: 1) Acciones en materia de prevención, tanto universal, como selectiva e indicada, a través de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida; 2) Atención primaria a través de los Centros Nueva Vida (CNV); y 3) Tratamiento breve y canalización a servicios especializados.

  Entre septiembre de 2010 y junio de 2011 se han capacitado a más de 780 mil promotores

[§§§] Idem.

Nueva Vida en prevención y detección de adicciones, con un impacto en más de 17 millones de mexicanos. Con apoyo de la sociedad civil se profesionalizaron 100 Centros de Tratamiento con modalidad de ayuda mutua. Adicionalmente, se crearon la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic), con el fin de coordinar los esfuerzos que se realizan en este campo, y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (Cenadic), responsable de la promoción y operación de la Estrategia Nacional para la Prevención y Tratamiento de Adicciones.

Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011, los 325 CNV atendieron a más de 2 millones 400 mil personas y realizaron cerca de 400 mil pruebas de tamizaje a adolescentes. Adicionalmente se realizaron cerca de medio millón de actividades extramuros de prevención de adicciones.[||||||]

Sin duda, mucho se ha cuestionado sobre la decisión adoptada por el Gobierno Federal de encabezar la "Guerra o Lucha" por la seguridad enfrentando a la delincuencia organizada, algunos datos sobre la situación de percepción de la seguridad pública que se han generado durante el sexenio (2006-2012) nos muestran la magnitud del problema y la justificación de la percepción:

- El Costo promedio de la inseguridad en México fue poco más de un billón de pesos, lo que representó 8.9% del PIB.[¶¶¶]
- El gasto público para las instituciones de seguridad pública 2007-2010 pasó de $132,957,699, en 2007 a $200,835598,815, en 2010.[****]
- El Sistema penitenciario: el sistema penitenciario es otro ámbito en el cual existe poca información y bajo nivel de rendición de cuentas. En 2009, la población penitenciaria fue de 272,469 procesados y sentenciados, cifra superior en 19.8% respecto de los 227,457 internos reportados por el órgano de administración responsable de los reclusorios para ese mismo año (Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social). La diferencia de 45,012 reclusos se debe a que sus reportes no incluyen a sentenciados por delitos federales que recibieron una medida sustitutiva de prisión y que, por tanto, están en libertad bajo la vigilancia del sistema.
- Estas diferencia se hacen aún más evidentes al observar que de los 97,148 internos del fuero federal, 22.9% fueron procesados y 77.1% sentenciados. De estos últimos, 60.1% cumplían sanciones en libertad y sólo 39.9% dentro de los centros penitenciarios.
- La reincidencia se calcula en 40.6%.[††††]

De lo anterior, podemos observar que la atención a los problemas relacionados con las drogas han sido aspectos fundamentales de la política de Gobierno Federal actual (2006-2012), que existe un vínculo muy importante entre el consumo de drogas y la comisión de actos ilícitos. Por lo que resulta fundamental atender a la manera en que el Estado

[||||||] Idem.
[¶¶¶] ICESI, "El costo de la inseguridad en México, seguimiento 2009, análisis de la ENSI-7", Cuadernos del ICESI 10, www.icesi.com.mx, febrero, 2011.
[****] ICESI, "El costo de la inseguridad en México, seguimiento 2009, análisis de la ENSI-7", Cuadernos del ICESI 10, www.icesi.com.mx, febrero, 2011.
[††††] México Evalúa, Centro de análisis de Políticas Públicas, A.C., "El gasto en Seguridad, observaciones de la ASF a la gestión y uso de recursos, http://www.asf.gob.mx/trans/informes/IR2009i/Indice/iGeneral.htm., junio, 2011.

Mexicano ha pretendido dar respuesta a esta problemática, en el siguiente apartado se revisará el intento de atender las dos perspectivas relacionadas con este tema; la perspectiva jurídica y la perspectiva de salud, a través de la reforma de 20 de agosto de 2009, a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales, mejor conocida como reforma de narcomenudeo.

LA REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD, CÓDIGO PENAL FEDERAL Y CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES DE AGOSTO DE 2009 EN MATERIA DE NARCOMENUDEO

La reforma de agosto de 2009, no legaliza la posesión de narcóticos, como muchos han pensado, por el contrario, se sigue penalizando su posesión, sin embargo, establece una excusa absolutoria o conducta no punible, en aquellos casos cuando por la cantidad y la calidad de la persona que los posea sea la de consumidor ocasional o farmacodependiente.

El artículo 479 de la Ley General de Salud establece una tabla de orientación de las cantidades máximas permitidas para el consumo personal e inmediato que una persona puede poseer, sin que sea penalizada por ello (tratándose de un consumidor o farmacodependiente), el artículo en comento señala:

Artículo 479.- Para los efectos de este capítulo se entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones, no exceda de las previstas en el listado del cuadro III.

Es preciso resaltar que la autoridad policial no está facultada para determinar si la cantidad de narcótico que posee una persona se encuadra dentro de los supuestos consagrados en el *cuadro III*, debiendo remitirla ante la autoridad ministerial para que sea ésta la que determine el tipo de droga y cantidad de la misma, a fin de evaluar si encuadra en el supuesto normativo y resulta aplicable la excusa absolutoria a su favor.

Por lo que hace a la competencia, la reforma establece que serán competentes para conocer de estas conductas las policías, los Ministerios Públicos y jueces locales, cuando no exceda de mil veces la cantidad de narcótico señalado en la tabla para el estricto consumo diario (artículo 474 LGS).

Será competencia Federal, en los casos que exceda de las mil dosis para el estricto consumo personal diario; es decir, surtirá la hipótesis del narcotráfico cuando se trate de:

a) Delincuencia Organizada.
b) El narcótico no esté considerado en la tabla referida del artículo 479 LGS.
c) Que el Ministerio Público Federal solicite la remisión del asunto (facultad de atracción), y
d) Que conozca en primer lugar o prevenga del asunto.

Cuadro III. Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato.

Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 g	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg	
Cannabis Sativa, Indica o Mariguana	5 g	
Cocaína	500 mg	
Lisergida (LSD)	0.015 mg	
MDA, Metilendioxianfetamina	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg
MDMA, dL-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg
Metanfetamina	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg

La reforma establece que, tanto las autoridades federales como locales serán competentes para conocer de estos casos. Algunas reglas para saber cuándo se trata de un caso del fuero común o del fuero federal son las siguientes:

- Cuando se trate de narcotráfico, se aplicará el Código Penal Federal.
- Se usará la Ley General de Salud cuando se trate de narcomenudeo.
- En el fuero común, siempre se hará uso de la Ley General de Salud, así como del Código de Procedimientos Penales de la entidad.
- Cuando se presente el conflicto de leyes, se aplicará el llamado *principio de especialidad* y

se aplicará la Ley General de Salud, en cuanto a los tipos penales.

La Ley General de Salud contempla algunos tipos penales y las llamadas excusas absolutorias, siendo éstas:

- Tratándose de medicamentos necesarios para el tratamiento de una persona (art. 477, segundo párrafo LGS).
- Tratándose de farmacodependientes, con cantidad estricta para su consumo personal diario, vr. gr. menos de 5 gramos de marihuana (art. 478 LGS).
- En el caso de consumidores no adictos o farmacodependientes, a los que se les encuentre cantidad igual o menor para su estricto consumo personal diario, el Código Penal Federal toma en cuenta las mismas excusas absolutorias.

El juez del fuero común tendrá que aplicar las excusas absolutorias que contemplan los artículos 477 y 478 de la Ley General de Salud:

Artículo 477

No se procederá penalmente por este delito en contra de quien posea medicamentos que contengan alguno de los narcóticos previstos en la tabla, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

Artículo 478

El Ministerio Público no ejercerá acción penal por el delito previsto en el artículo anterior, en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia.

El juez federal deberá aplicar el Código Penal Federal en caso de exceso de mil dosis (artículo 474 LGS).

Las autoridades federales conocerán de los delitos en cualquiera de los casos siguientes:

I. En los casos de delincuencia organizada.
II. La cantidad del narcótico sea igual o mayor a la referida en el primer párrafo de este artículo.
III. El narcótico no esté contemplado en la tabla.
IV. Independientemente de la cantidad del narcótico el Ministerio Público de la Federación:

a) Prevenga en el conocimiento del asunto, o
b) Solicite al Ministerio Público del fuero común la remisión de la investigación.

La autoridad federal conocerá de los casos previstos en las fracciones II y III anteriores, de conformidad con el Código Penal Federal y demás disposiciones aplicables. En los casos de la fracción IV de este artículo se aplicará este capítulo y demás disposiciones aplicables.

En cuanto a las sanciones a aplicar, en el cuadro IV se hace un comparativo entre las sanciones que establece, por un lado, la Ley General de Salud y; por el otro, el Código Penal Federal, para los tipos penales de comercio o suministro y de posesión simple.

En cuanto al no ejercicio de la acción penal, la Ley General de Salud establece dos presupuestos *(Figura 1)* en que el Ministerio Público podrá no ejercer la acción penal:

PRIMER SUPUESTO

El primer supuesto normativo que contempla la ley para el no ejercicio de la acción penal y la consecuente derivación para tratamiento, se encuentra consagrado en el artículo 478 de la Ley General de Salud, que a la letra establece:

> *Artículo 478.- El Ministerio Público no ejercerá acción penal por el delito previsto en el artículo anterior, en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia.*
>
> *El Ministerio Público hará reporte del no ejercicio de la acción penal a la autoridad sanitaria de la entidad federativa donde se adopte la resolución con el propósito de que ésta promueva la correspondiente orientación médica o de prevención. La información recibida por la autoridad sanitaria no deberá hacerse pública pero podrá usarse, sin señalar identidades, para fines estadísticos.*

Otro de los artículos que se encuentra vinculado a la facultad del Ministerio Público para no ejercer la acción penal y enmarca el procedimiento a seguir, es el que a continuación se detalla:

> *Artículo 193 Bis.- Cuando el centro o institución reciba reporte del no ejercicio de la acción penal, en términos del artículo 478 de esta Ley, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma.*

Cuadro IV.

Comercio o suministro	
Ley General de Salud	Código Penal Federal
El artículo 475 de la Ley General de Salud establece una pena de 4 a 8 años de prisión y de 200 a 400 días multa (salario mínimo = $57.46-$11,492, ó $22,984) al que comercie o suministre.	El artículo 194, del Código Penal Federal, establece una pena de 10 a 25 años de prisión y de 100 a 500 días multa ($5,746 o $28,730) al que comercie o suministre.
Posesión simple	
Ley General de Salud	Código Penal Federal
El artículo 477 de la Ley General de Salud establece una pena de 10 meses a 3 años de prisión, y hasta 80 días multa ($4,596.80) la posesión simple.	El Código Penal Federal, impone la pena conforme a las tablas de cantidades; vr.gr marihuana –hasta 5 kilogramos- de 2 años 9 meses a 4 años 3 meses de prisión; es decir, es más severa; sin embargo, el juez deberá de aplicar la Ley General de Salud (deberá aplicar la ley más favorable)

Al tercer reporte del Ministerio Público el tratamiento del farmacodependiente será obligatorio.

SEGUNDO SUPUESTO

Otro aspecto que no se encuentra normado claramente, es la manera en que se fundamenta y canaliza para tratamiento a un consumidor o farmacodependiente, ya que el artículo 481 de la Ley General de Salud establece:

Artículo 481.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto identifique que una persona relacionada con un procedimiento es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

Derivado de la anterior, fuera de los supuestos en que, ya sea la autoridad federal o local, conocen

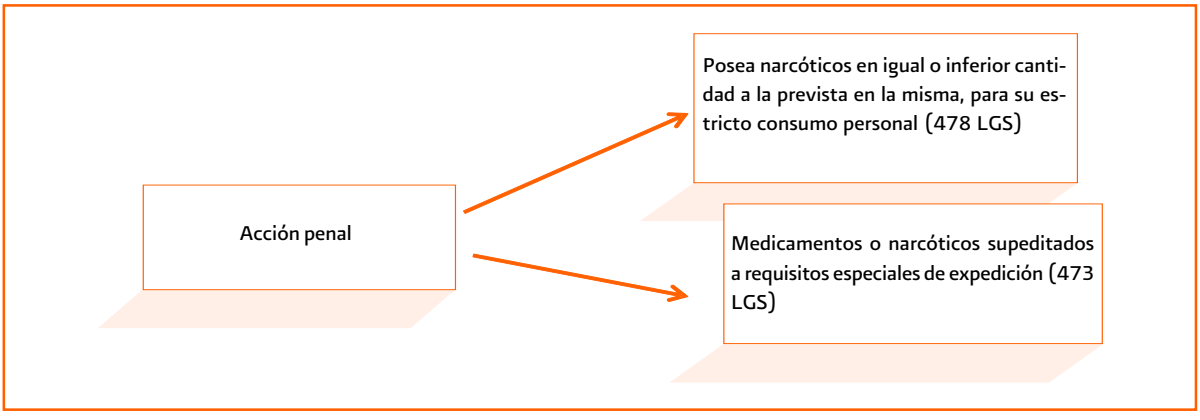


Figura 1.

de un caso de posesión simple de droga o de narcotráfico, procede la derivación de la persona a un centro de salud, ya sea para que reciba orientación o tratamiento, sin embargo, no está del todo claro cómo debe realizarse esa derivación, en el próximo apartado se harán algunas consideraciones sobre el particular.

LOS RETOS DE APLICACIÓN DE LA REFORMA DE NARCOMENUDEO

Las reformas a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales de agosto de 2009, han resultado ser polémicas, ya que dichas reformas han suscitado una serie de problemáticas debido a que muchos aspectos de la misma no resultan del todo claros, o son omisos en señalar la manera en que se aplicarán o ejecutarán los supuestos que se contemplan.

Es así, que aunque de manera incipiente, el Sector Salud, a través de las instituciones que están avocadas a prestar el servicio de orientación y tratamiento de adicciones, tanto a nivel federal, como estatal, han comenzado a recibir personas que son remitidas por autoridades, tanto ministeriales como judiciales, para los efectos de otorgarles el servicio de orientación o rehabilitación, lo que está constituyendo un gran reto, toda vez que los recursos –económicos, materiales y humanos– con los que se cuenta son escasos, están enfrentando situaciones de saturación de casos, además de que las re-

formas en comento implican una relación de coordinación entre las instancias de salud y de procuración e impartición de justicia y que en la actualidad no están reguladas, lo que afecta al espíritu y cumplimiento de la reforma de 2009.

Por lo anterior, el Comisionado Nacional contra las Adicciones encomendó la elaboración de un: *Estudio introspectivo sobre la aplicación a las reformas a la Ley General de Salud, Código Penal Federal, Código Federal de Procedimientos Penales en materia de narcomenudeo y su impacto en las instituciones de salud.*‡‡‡‡

Algunos de los resultados del estudio en comento fueron los siguientes:

1. *Las reformas a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales, no están beneficiando a las personas para las cuales fueron diseñadas, es decir, a los "consumidores o farmacodependientes".*

2. *El 99.05% de las personas derivadas refirieron contar con antecedentes penales y haber delinquido.*

3. *El Ministerio Público no realiza prueba alguna, y mucho menos científica, para determinar la calidad de la persona, es decir, si es farmacodependiente o consumidor ocasional. La derivación se realiza, únicamente por la cantidad de droga que le es encontrada.*

4. *Después de casi dos años de su aplicación, ni las Procuradurías ni las instituciones de salud que intervienen en la atención de las personas derivadas a tratamiento u orientación, han podido establecer controles que sirvan para identificar el número de reportes que ha tenido cada persona.*

5. *El Ministerio Público no da seguimiento alguno para verificar el cumplimiento de la persona derivada a tratamiento u orientación.*

6. *El 90% de las personas derivadas hacen caso omiso de la notificación para acudir a tratamiento.*

7. *Pese a que 94.88% de los internos en los penales son adictos y/o consumidores, no se está otorgando orientación ni tratamiento alguno al interior de los mismos.*

8. *No existe una comprensión de los alcances de la reforma a Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales, mejor conocidas como reformas en materia de "narcomenudeo", publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 2009, lo que genera que tanto las autoridades del sector salud, como de seguridad y justicia no cumplan de manera cabal con lo mandatado por la norma.*

9. *Tanto las instituciones del Sector Salud, como de procuración de justicia enfrentan*

‡‡‡‡ El Comisionado Nacional contra las Adicciones encomendó al Instituto Mexicano del Juicio Oral (IMEJO) la elaboración de un *Diagnóstico de aplicación de las disposiciones de la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales en materia de narcomenudeo*, presentado en junio de 2011.

serias limitaciones materiales y humanas para atender adecuadamente los casos que se generan a partir de la reforma, lo que conlleva el peligro de que el espíritu de la reforma quede en letra muerta.

10. *Se observa que hay un desconocimiento tanto del sector salud en cuanto a las implicaciones legales de la reforma, así como del sector procuración de justicia de los protocolos de atención a las adicciones de los centros de atención y tratamiento, lo que complica cualquier intento de llevar a cabo actos de coordinación para la atención de los casos que derivan de la reforma.*

11. *El Ministerio Público no lleva un registro de los casos que deriva para orientación o tratamiento, por lo que no existe posibilidad de establecer las veces que una persona es remitida para los efectos del artículo 193 bis.*

12. *No hay un protocolo para la canalización de casos para tratamiento entre las instancias de procuración de justicia y de salud, lo que genera desfases, dobles canalizaciones, falta de oportunidad para enganchar en el tratamiento a las personas y genera inseguridad por no diferenciar casos de farmacodependientes de narcomenudistas.*

13. *Los centros de tratamiento no cuentan con un protocolo especial para registrar y dar seguimiento a las personas que son remitidas en términos de la reforma, no hay registro de remisiones, por lo que igualmente se complica la información a la autoridad ministerial para los efectos del artículo 193 bis.*

14. *De las personas derivadas para tratamiento, solamente llega un 10%, del cual únicamente se engancha a tratamiento la mitad y de esos, solo la mitad lo concluye, por lo que es fundamental asegurar un protocolo que coadyuve a la efectividad en la canalización para el tratamiento y seguimiento.*

15. *Los centros de tratamiento están enfrentando serios problemas para la atención de los casos derivados por la reforma, ya que han incrementado en un 40% en promedio la atención que brindan, por lo que están dejando de hacer prevención, para solamente dedicarse a tratamiento.*

16. *Las instancias de salud y de procuración de justicia coinciden en que no es posible obligar al farmacodependiente para acudir a tratamiento, sin embargo, del diagnóstico se desprende dicha posibilidad por medio de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, por lo que deben explorarse las posibilidades que dicha norma oficial brinda sobre el particular.*[§§§]

[§§§] *Diagnóstico de aplicación de las disposiciones de la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales en materia de narcomenudeo.*

En virtud de lo anterior, se hace patente la necesidad de contar con elementos que permitan establecer con claridad los tramos de responsabilidad institucional y de coordinación interinstitucional de las diversas instituciones y operadores relacionados con la reforma en comento, en ese sentido, el Comisionado Nacional contra las Adicciones, encomendó la elaboración de un: *Protocolo de derivación ministerial y judicial a centros de salud y tratamiento de casos de adicciones*,[||||||] el cual establece el procedimiento a seguir para la atención a este tipo de asuntos, del cual se extraen y presentan algunos aspectos que se propusieron en el documento en comento.

LA DERIVACIÓN PARA ORIENTACIÓN/ TRATAMIENTO

Partiendo de la base de que en la actualidad no existe normativamente regulado un procedimiento de derivación para operar los casos que contemplan los artículos 192 Quárter y 193 bis de la Ley General de Salud, que haga efectivo el espíritu del legislador de brindar servicios a personas que presenten consumo o adicción a algún narcótico, con el debido respeto a sus derechos fundamentales, esta colaboración describe lo que podría constituir dicho procedimiento, sin pasar por alto que los tramos de control en los que intervienen las diversas autoridades señaladas, pueden contar con procedimientos internos de atención a estos casos. La pretensión es establecer los puntos de interconexión entre sus procesos internos de actuación, en relación con los de otras autoridades, que puedan servir de referencia a las autoridades involucradas en dichos procesos.

El procedimiento de derivación que a continuación se describe, es parte de la propuesta de Protocolo de derivación ministerial y judicial que se elaboró y sometió a consideración del Comisionado Nacional contra las adicciones,[¶¶¶] con la intensión de coadyuvar en la adecuada comprensión y aplicación de la reforma de agosto de 2009.

PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN AL TRATAMIENTO POR MANDATO MINISTERIAL Y JUDICIAL

A continuación se describen los diversos tramos de actuación por cada una de las autoridades involucradas en la atención de los casos de derivación para orientación o tratamiento.

Actuación de las autoridades de seguridad pública

Los cuerpos de seguridad pública, en cumplimiento de sus funciones legales, pueden detener a una persona en posesión de algún narcótico –sin importar el tipo o cantidad de que se trate–, debiendo proceder de inmediato a su detención –no se debe perder de vista que la posesión de narcóticos sigue siendo un delito conforme a lo dispuesto en

[||||||] El Comisionado Nacional contra las Adicciones encomendó al Instituto Mexicano del Juicio Oral (IMEJO) la elaboración de un *Protocolo de Derivación Ministerial y Judicial a Centros de Salud y Tratamiento en casos de adicciones*, presentado en noviembre de 2011.

[¶¶¶] Véase la nota al pie anterior.

los artículos 475**** y 477†††† de la Ley General de Salud (LGS) y 194‡‡‡ del Código Penal Federal (CPF)–, debiendo informarle al indiciado, los derechos constitucionales que le asisten –Artículo 20, Constitucional, Apartado "B"–,§§§§ remitiéndolo inmediatamente ante el Ministerio Público, asimismo, la autoridad policial deberá dejar constancia de lo anterior en el *Registro Administrativo de Detenciones del Centro Nacional de Información del Sistema Nacional de Seguridad Pública* –artículo 16 constitucional, párrafo 6º–.‖‖‖‖‖‖‖

Actuación de las autoridades de procuración de justicia

Cuando una persona sea detenida en posesión de alguna sustancia que haga presumir que se trata de alguno de los narcóticos contemplados en la tabla del artículo 479¶¶¶¶ de la Ley General de Salud (LGS), deberá ser puesta a disposición del Ministerio Público, quien hará de su conocimiento los derechos constitucionales que le asisten –artículo 20 constitucional, apartado "B"–.

El Ministerio Público remitirá a la persona detenida para que el perito médico forense adscrito a la agencia, certifique su integridad física, determinando en el acto, si la persona presenta algún síntoma que haga presuponer que la persona se encuentra bajo el influjo de algún narcótico, debiéndole practicar cualquiera de los exámenes siguientes: toxicomanía, clinimetría o algún otro que sea procedente.

En caso de resultar positivo, es decir, que existan datos suficientes que hagan suponer que la persona detenida es consumidor habitual o fármaco dependiente, deberá de canalizarlo con el perito conducente:

a. Toxicómano.
b. Psiquiatra.

Una vez practicadas las periciales en toxicomanía y psiquiatría, los peritos determinarán si la persona detenida es consumidor habitual o farmacodependiente, de conformidad con lo dispuesto en las fracciones I y II del artículo 192 bis de la LGS.***** Una vez que el perito realizó la confirmación, informará de esto al Ministerio Público.

Por otra parte, el Ministerio Público, deberá remitir la sustancia incautada para que sea analizada por el perito Químico a efecto de determinar el tipo de narcótico de que se trata así como el peso (gramaje) del mismo, mediante el examen de toxicología.

Una vez obtenidos los resultados de las periciales mencionadas, el agente del Ministerio Público, podrá determinar si se trata de un caso previsto en los artículos 477 y 478††††† de la LGS, acordando el no ejercicio de la acción penal, por tratarse de una conducta no punible y procederá a elaborar oficio de derivación al centro de salud que corresponda.

**** Se impondrá prisión de cuatro a ocho años y de doscientos a cuatrocientos días multa, a quien sin autorización comercie o suministre, aun gratuitamente, narcóticos previstos en la tabla, en cantidad inferior a la que resulte de multiplicar por mil el monto de las previstas en dicha tabla.
Cuando la víctima fuere persona menor de edad o que no tenga capacidad para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente; o que aquélla fuese utilizada para la comisión de los mismos se aplicará una pena de siete a quince años de prisión y de doscientos a cuatrocientos días multa.
Las penas que en su caso resulten aplicables por este delito serán aumentadas en una mitad, cuando:

I. Se cometan por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar, juzgar o ejecutar las sanciones por la comisión de conductas prohibidas en el presente capítulo. Además, en este caso, se impondrá a dichos servidores públicos destitución e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta;

II. Se cometan en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o dentro del espacio comprendido en un radio que diste a menos de trescientos metros de los límites de la colindancia del mismo con quienes a ellos acudan, o

III. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esta situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión e inhabilitación de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años. En caso de reincidencia podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

†††† Se aplicará pena de diez meses a tres años de prisión y hasta ochenta días multa al que posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla en cantidad inferior a la que resulte de multiplicar por mil las previstas en dicha tabla, sin la autorización a que se refiere esta Ley, cuando por las circunstancias del hecho tal posesión no pueda considerarse destinada a comercializarlos o suministrarlos, aun gratuitamente.

No se procederá penalmente por este delito en contra de quien posea medicamentos que contengan alguno de los narcóticos previstos en la tabla, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

‡‡‡ Artículo 194.- ...

I ...

...

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

§§§§ Artículo 20. El proceso penal será acusatorio y oral. Se regirá por los principios de publicidad, contradicción, concentración, continuidad e inmediación.

A. [...].

B. De los derechos de toda persona imputada:

I. A que se presuma su inocencia mientras no se declare su responsabilidad mediante sentencia emitida por el juez de la causa;

II. A declarar o a guardar silencio. Desde el momento de su detención se le harán saber los motivos de la misma y su derecho a guardar silencio, el cual no podrá ser utilizado en su perjuicio. Queda prohibida y será sancionada por la ley penal, toda incomunicación, intimidación o tortura. La confesión rendida sin la asistencia del defensor carecerá de todo valor probatorio;

III. A que se le informe, tanto en el momento de su detención como en su comparecencia ante el Ministerio Público o el juez, los hechos que se le imputan y los derechos que le asisten. Tratándose de delincuencia organizada, la autoridad judicial podrá autorizar que se mantenga en reserva el nombre y datos del acusador.

La ley establecerá beneficios a favor del inculpado, procesado o sentenciado que preste ayuda eficaz para la investigación y persecución de delitos en materia de delincuencia organizada;

IV. Se le recibirán los testigos y demás pruebas pertinentes que ofrezca, concediéndosele el tiempo que la ley estime necesario al efecto y auxiliándosele para obtener la comparecencia de las personas cuyo testimonio solicite, en los términos que señale la ley;

V. Será juzgado en audiencia pública por un juez o tribunal. La publicidad sólo podrá restringirse en los casos de excepción que determine la ley, por razones de seguridad nacional, seguridad pública, protección de las víctimas, testigos y menores, cuando se ponga en riesgo la revelación de datos legalmente protegidos, o cuando el tribunal estime que existen razones fundadas para justificarlo. En delincuencia organizada, las actuaciones realizadas en la fase de investigación podrán tener valor probatorio, cuando no puedan ser reproducidas en juicio o exista riesgo para testigos o víctimas. Lo anterior sin perjuicio del derecho del inculpado de objetarlas o impugnarlas y aportar pruebas en contra;

VI. Le serán facilitados todos los datos que solicite para su defensa y que consten en el proceso.

El imputado y su defensor tendrán acceso a los registros de la investigación cuando el primero se encuentre detenido y cuando pretenda recibírsele declaración o entrevistarlo. Asimismo, antes de su primera comparecencia ante juez podrán consultar dichos registros, con la oportunidad debida para preparar la defensa. A partir de este momento no podrán mantenerse en reserva las actuaciones de la investigación, salvo los casos excepcionales expresamente señalados en la ley cuando ello sea imprescindible para salvaguardar el éxito de la investigación y siempre que sean oportunamente revelados para no afectar el derecho de defensa;

VII. Será juzgado antes de cuatro meses si se tratare de delitos cuya pena máxima no exceda de dos años de prisión, y antes de un año si la pena excediere de ese tiempo, salvo que solicite mayor plazo para su defensa;

VIII. Tendrá derecho a una defensa adecuada por abogado, al cual elegirá libremente incluso desde el momento de su detención. Si no quiere o no puede nombrar un abogado, después de haber sido requerido para hacerlo, el juez le designará un defensor público. También tendrá derecho a que su defensor comparezca en todos los actos del proceso y éste tendrá obligación de hacerlo cuantas veces se le requiera, y

IX. En ningún caso podrá prolongarse la prisión o detención, por falta de pago de honorarios de defensores o por cualquiera otra prestación de dinero, por causa de responsabilidad civil o algún otro motivo análogo.

La prisión preventiva no podrá exceder del tiempo que como máximo de pena fije la ley al delito que motivare el proceso y en ningún caso será superior a dos años, salvo que su prolongación se deba al ejercicio del derecho de defensa del imputado. Si cumplido este término no se ha pronunciado sentencia, el imputado será puesto en libertad de inmediato mientras se sigue el proceso, sin que ello obste para imponer otras medidas cautelares.

En toda pena de prisión que imponga una sentencia, se computará el tiempo de la detención.

||||||||| Artículo 16. Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento.

[...]

Cualquier persona puede detener al indiciado en el momento en que esté cometiendo un delito o inmediatamente después de haberlo cometido, poniéndolo sin demora a disposición de la autoridad más cercana y ésta con la misma prontitud, a la del Ministerio Público. Existirá un registro inmediato de la detención.

¶¶¶¶ Véase la tabla que se encuentra en el Capítulo Uno, Marco Normativo, del presente protocolo de derivación, pág. 22.

***** Para los efectos del programa nacional se entiende por:

I. Farmacodependiente: Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos;

II. Consumidor: Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia;

††††† El Ministerio Público no ejercerá acción penal por el delito previsto en el artículo anterior, en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia.

El Ministerio Público hará reporte del no ejercicio de la acción penal a la autoridad sanitaria de la entidad federativa donde se adopte la resolución con el propósito de que ésta promueva la correspondiente orientación médica o de prevención. La información recibida por la autoridad sanitaria no deberá hacerse pública pero podrá usarse, sin señalar identidades, para fines estadísticos.

Asimismo, procederá a informar a la persona sobre los riesgos del consumo de drogas y remitir, mediante oficio a la institución de orientación o tratamiento que corresponda.

El Ministerio Público deberá establecer el registro junto con la determinación correspondiente, para los efectos del artículo 193 bis de la LGS.[†††††]

Este registro deberá ser electrónico y de preferencia en una base de datos a nivel nacional, a efecto de establecer un control pormenorizado de las personas que son derivadas así como de sus reincidencias para efectos de la imposición del tratamiento obligatorio y eventualmente, la revocación de cualquier beneficio (suspensión del proceso a prueba, medida cautelar, beneficio técnico, etc.).

Si como resultado de las periciales practicadas, no se actualizan ninguno de los supuestos previstos en los artículos 192 bis, fracciones I y II, así como de los numerales 477 y 478 de la LGS, o la cantidad del narcótico exceda o no se encuentre dentro de los contenidos en la tabla del artículo 479 de la LGS, el Agente del Ministerio Público procederá a ejercitar la acción penal, por los delitos que resulten.

Actuación de las autoridades de salud

Una vez que la autoridad sanitaria recibe la notificación de la derivación de un farmacodependiente para orientación o tratamiento –segunda parte del artículo 478 LGS–, procederán, conforme a sus protocolos, a entrevistar y determinar el tratamiento que corresponda –Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028-SSA2-1999)–.

La autoridad sanitaria deberá abrir un expediente que contendrá los datos básicos de identificación del usuario, además de los datos de remisión de la autoridad que llevó a cabo la derivación.

La autoridad sanitaria deberá informar al usuario sobre el tratamiento que corresponda, así como las condiciones y tiempo del mismo.

La autoridad sanitaria deberá registrar en una base de datos específica las derivaciones realizadas por autoridad Ministerial o Judicial.

La autoridad sanitaria deberá remitir los informes correspondientes, cuando les sean solicitados por la autoridad facultada para ello, sin que implique la revelación de información o datos que vulneren el derecho a la protección de los datos personales del usuario.

La autoridad sanitaria establecerá y alimentará un registro único remisiones de las personas derivadas por autoridad ministerial o judicial para los efectos del artículo 193 bis de la LGS.

La autoridad sanitaria deberá llevar un registro del proceso de tratamiento, para efecto de informar del resultado del mismo a las autoridades de salud.

[†††††] Cuando el centro o institución reciba reporte del no ejercicio de la acción penal, en términos del artículo 478 de esta Ley, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma.
Al tercer reporte del Ministerio Público el tratamiento del farmacodependiente será obligatorio.

Consideraciones respecto de casos derivados de autoridades judiciales o de ejecución de sanciones penales

Cuando la autoridad judicial tenga conocimiento de que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora –artículo 199 del Código Penal Federal–.

Debemos distinguir que en el caso de la autoridad judicial, se van a atender derivaciones de dos tipos: personas procesadas/sentenciadas en libertad o, personas procesadas/sentenciadas privadas de la libertad. Cada uno de estos supuestos deberá contemplar un proceso especial para su canalización y atención, mismos que a continuación se detallan.

Protocolo de derivación de Juez de ejecución de sanciones penales

En este supuesto, el Juez de ejecución de sanciones podrá solicitar informe sobre el apego y cumplimiento al tratamiento del sentenciado para la modificación de la pena o la aplicación de un beneficio técnico.

En tal caso, el Director del Centro solicitará al Comité Técnico, quien en colaboración con las autoridades de salud que brindan el servicio de orientación y tratamiento de adicciones, que evalúen de manera integral el cumplimiento al tratamiento del interno, generando un reporte técnico que se hará llegar al Director y éste a su vez al Juez de Ejecución penas.

Una vez recibido el reporte, el Juez de Ejecución de Penas convocará a audiencia a las partes y resolverá sobre la procedencia de la modificación, sustitución o revocación de la sanción impuesta, notificando dicha resolución al Director del Centro para los efectos conducentes.

CONCLUSIONES

1. Tal y como se ha manifestado en esta colaboración, el contexto internacional en relación con los retos que implica el consumo de drogas a nivel mundial, sin duda es de la

mayor importancia, porque involucra y compromete al recurso más importante de cualquier país: su gente, así como a valores fundamentales de cualquier sociedad como lo son la salud y la vida de las personas.

2. Nuestro país no escapa a la situación antes descrita, el contexto de globalización en el que nos encontramos inmersos nos muestra que en los últimas décadas, tanto la actividad de producción, tráfico y consumo de drogas han mostrado un gran dinamismo y constituyen un reto al Estado Mexicano para atender a ese fenómeno.

3. Particularmente en los últimos años (2006-2012) el Estado Mexicano se ha esforzado en articular una política integral que atienda, tanto los aspectos legales como de salud del fenómeno asociado a las drogas, la reforma de agosto de 2009 incide en ese esfuerzo.

4. La reforma a la Ley General de Salud, Código Penal Federal y Código Federal de Procedimientos Penales, plantea grandes retos para su aplicación, particularmente en lo que se refiere al procedimiento de derivación, ya que éste no se encuentra prescrito y suscita problemas al momento de vincular los tramos de responsabilidad de todas aquellas instituciones y operadores que deben aplicar dichas reformas, lo que puede afectar el espíritu de la misma que es; atender el problema de salud, así como la investigación, persecución y castigo de aquellos que se vean inmersos en las conductas normativas ahí previstas, con estricto apego a la ley y con respeto a sus derechos fundamentales.

5. La colaboración de mérito pretende describir lo que podría constituir el procedimiento de derivación, tanto ministerial como judicial para aquellos casos contemplados en los artículos 478 y 479 de la Ley General de Salud y hacer efectiva la intensión del legislador con esta reforma, sin duda se trata de una propuesta perfectible, pero que proporciona elementos para la discusión y eventual coordinación interinstitucional desde la cual debe operar esta reforma.

6. Cabe destacar que, de conformidad con el transitorio primero de la reforma de 20 de agosto de 2009, que mandata: *La Federación y las entidades federativas contarán con el plazo de tres años a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para realizar las acciones necesarias, según sea el caso, a fin de dar el debido cumplimiento a las atribuciones contenidas en el mismo.* De la lectura de la disposición anterior, es de hacer notar que el plazo señalado vence el 20 de agosto de 2012, por lo que las autoridades involucradas deberán realizar un gran esfuerzo de coordinación, de implementación, generación de infraestructura y transformación de procesos administrativos para el cabal cumplimiento de lo que mandata la reforma en comento,

por lo que, a lo anterior, deberá acompañarse un intenso programa de capacitación a todos y cada uno de los actores que participan en el mismo.

7. En un contexto tanto nacional como internacional, en el que se cuestionan los resultados de una política "prohibicionista" respecto del consumo de drogas y cada vez se escuchan más las voces de quienes proponen la "legalización" de éstas, por lo que es de reconocer el esfuerzo del Estado Mexicano en generar una política integral frente a este gran reto, sin orientarse a uno de esos extremos, sino apostando a la prevención, a la orientación y tratamiento, así como al castigo de aquellos que buscan medrar con el narcotráfico y el narcomenudeo. Sin duda queda mucho por hacer, pero creemos que los primeros pasos se están dando con firmeza y responsabilidad, queda a cada nivel de gobierno, a cada institución y a cada uno de los operadores involucrados hacer su contribución.

Fuentes de información

Legislación

- DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-ssa2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Revistas especializadas

- Ojeda BR. "Análisis Jurídico en materia de Narcomenudeo". En Revista del Instituto de la Judicatura Federal, Poder Judicial de la Federación, Consejo de la Judicatura Federal, Instituto de la Judicatura Federal, Escuela Judicial, No. 30, México: 2010, p. 245-56.
- Ojeda BR. "Análisis Jurídico en materia de Narcomenudeo". En Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales. No. 1. Quinta Época, julio-agosto de 2011, p. 97-108.

Documentos electrónicos

- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008. México: Secretaría de Salud; 2008.
- ICESI. "El costo de la inseguridad en México, seguimiento 2009, análisis de la ENSI-7". Cuadernos del ICESI 10, www.icesi.com.mx, febrero, 2011.
- Informe Mundial sobre las Drogas, ONUDC, 23 de junio 2011, dirección electrónica: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/Press-releases/PR-Spanish.pdf.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe anual 2011, Dirección electrónica: http://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/PRESS_KIT_spa.pdf.

- México Evalúa. Centro de Análisis de Políticas Públicas, A.C. "El gasto en Seguridad, observaciones de la ASF a la gestión y uso de recursos, http://www.asf.gob.mx/trans/informes/IR2009i/Indice/iGeneral.htm., junio, 2011.
- Quinto Informe de Gobierno, Dirección electrónica: http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/resumen-ejecutivo/estado-de-derecho-y-seguridad.

Otros

- Estudio introspectivo sobre la aplicación a las reformas a la Ley General de Salud, Código Penal Federal, Código Federal de Procedimientos Penales en materia de narcomenudeo y su impacto en las instituciones de salud. Instituto Mexicano del Juicio Oral, Consultoría y Capacitación, S.C., México: 2011.
- Farmacodependencia, Narcomenudeo y Narcotráfico, INACIPE-PGR, México, 2010.
- Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad ICESI Informe del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social OADPRS, 2009.
- Protocolo de derivación ministerial y judicial a centros de salud y tratamiento de casos de adicciones, Instituto Mexicano del Juicio Oral, Consultoría y Capacitación, S.C., México: 2011.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Informe 2008: Consejo Tutelar de Menores.

ADICCIONES Y GRUPOS ESPECÍFICOS: GRUPOS VULNERABLES Y PERSONAS EN CONFLICTO CON LA LEY

XVI.
Derivación y tratamiento en el Sistema Penitenciario Mexicano

Dr. Luis Enrique Dorantes Martínez*

* Director de Salud Mental y Adicciones del Estado de México de Baja California.

El tratamiento de las adicciones en las cárceles de Baja California, como un sistema formal de rehabilitación, tiene un origen bien definido, lleno de contratiempos, y enfrentando una inercia institucional de una magnitud considerable. Al momento de sus inicios existían veinte veces más razones para no intentar nada que para esbozar el más mínimo esfuerzo de reforma al sistema estructural instalado. En aquel entonces se hablaba de las consecuencias que se presentarían en caso de que se nos ocurriera cortar el suministro de droga a la población o de que intentáramos entrar en competencia con los "programas" de rehabilitación existentes. (Increíble, pero este tipo de ideas todavía las he escuchado en algunos sistemas penitenciarios).

Por supuesto que el catálogo de opciones "terapéuticas" que se ofrecía iban desde los modestos programas de ayuda mutua, persiguiendo genuinamente atender algunas de las necesidades de los adictos que ya tenían a bien la voluntad de recuperarse, hasta las más sofisticadas estrategias pseudo científicas basadas en teorías tan psicóticas que rayan en la estupidez precolombina de "cambiar cristales por oro a los hombres barbados de ojos azules" (parece ser que los mexicas no aprendemos). Y para aquel que piense que estoy exagerando, para muestra basta un botón. Allí van tres afirmaciones que se hacían (de hecho todavía algunos ilusos las siguen haciendo) para sustentar el producto que ofrecían como alternativa a la rehabilitación. Me permito agregar algunas explicaciones científicas que de alguna manera refutan dichas afirmaciones (como dijera un conocido personaje de nuestra comunidad: "Con el debido respeto"):

LA IGNORANCIA HABLANDO: Los adictos necesitan vitaminas, por lo que nuestro programa les ofrece una gran cantidad de las mismas para que su cerebro se recupere rápidamente.

LA CIENCIA: Consideremos a la tiamina, también conocida como vitamina B1. Esta vitamina no puede ser sintetizada por el organismo, por lo que su aporte forzosamente es externo. Los seres humanos requerimos de un mínimo de 0.33 mg de tiamina por cada 1,000 Kcal de energía consumidas. Los alimentos de donde podemos recibir el aporte son las carnes rojas, el pollo, cereales, nueces, frijoles, chícharos y soyas. Con el advenimiento de procesos de producción modernos ya incluso hay productos que específicamente se encuentran fortificados con esta sustancia, como es el caso de algunos panes y cereales. La tiamina se requiere para la síntesis y correcto funcionamiento de múltiples enzimas que se involucran en el metabolismo de las moléculas de azúcar, que a su vez juegan un papel importante en la síntesis de neurotransmisores, material genético, ácidos grasos, esteroides, etc.

Vamos a ver qué pasa con la vitamina D. Esta prehormona esteroide juega un papel importante en el metabolismo de los huesos por medio de la regulación del calcio y de la homeostasis de los fosfatos. Su función no sólo se circunscribe al sistema óseo ya que más recientemente también se ha estudiado su efecto en enfermedades cardio-

vasculares, resistencia a la insulina y diabetes, cáncer, infecciones respiratorias; interviene en el metabolismo de 3% del genoma humano (¡¡). En este caso es la luz solar la que propicia su síntesis en la piel misma. Su requerimiento diario es de 200 a 600 unidades. La piel produce 10,000 unidades de vitamina D después de una exposición corporal total a los rayos ultra violeta.

Tomemos otra vitamina. La vitamina K. Se sabe que es necesaria para la coagulación sanguínea. Está relacionada con cuatro factores de la coagulación. De hecho, la deficiencia de la misma es causa de hemorragias a cualquier nivel. Sin embargo, también participa en la síntesis de diferentes proteínas. Su aportación viene de vegetales como la espinaca, brócoli y col de brucelas. Se localiza al interior de los cloroplastos, en donde forma parte del sistema de transporte de electrones.

Bueno, podríamos continuar explicando lo mismo del resto de las vitaminas, sin embargo, me parece que con estos tres ejemplos podemos sostener algunos puntos que son comunes a ellas.

1. Las vitaminas tienen funciones bien identificadas.
2. Requieren de un adecuado sistema estructural para asegurar su ingreso al organismo y;
3. Su deficiencia es causa de cuadros clínicos detectables y susceptibles de corrección.

Bueno, sobre este último particular, más bien me permito comentar lo siguiente de algunas de ellas. La falta de vitamina A provoca alteraciones en la piel y problemas de visión nocturna; la avitaminosis B1 provoca el beriberi; la falta de B2 anemia perniciosa; la falta de C produce escorbuto; la falta de D produce raquitismo; la falta de E es igual a problemas reproductivos; la falta de H genera parálisis y afecciones cutáneas, etc.

¿Cuál es la conclusión? Sencillo. Tenemos que corroborar que el adicto, encarcelado o no, presente alguna de las alteraciones descritas en las deficiencias. Una vez establecida la necesidad, tenemos que saber si se trata de una falta de aporte o es producto de la lesión de alguna de las vías de recepción y/o procesamiento de las mismas. Y sólo entonces hacer lo conducente. La dependencia a las sustancias, por sí misma, no es causa de avitaminosis en la gran mayoría de los casos (Por supuesto que sí hay algunas excepciones, como es el caso del dependiente al alcohol crónico, en que por sí mismo el consumo genera el daño en la vía de aporte). La deficiencia vitamínica más bien está asociada al comportamiento causado por el estado nutricional generado por los datos psiquiátricos generados por la repetida intoxicación con la droga que esté siendo utilizada. En este sentido nuestra preocupación se debe centrar en que el interno reciba y tolere una dieta normal que le permita recibir los nutrientes ya contenidos en el propio alimento. Pero, vamos un poco más allá. LAS VITAMINAS NO SON SUSTANCIAS INOCUAS. El uso indiscriminado de vitaminas puede producir cuadros de intoxicación de repercusiones severas (Que conste que no dije "el uso exagerado"). Tal es el caso de las vitaminas A, E y C. Para ser más prácticos tomemos el caso de la vitamina D. De acuerdo con lo explicado, no existe la posibilidad de que por exponernos al sol en exceso tengamos un superá-

vit de dicha sustancia. Por lo que la única posibilidad de intoxicación es IATROGÉNICA. El exceso está asociado a hipercalcemia y a hiperfosfatemia. En lo personal tuve la oportunidad de constatar intoxicaciones de tal naturaleza en pacientes que estaban recibiendo una "segunda oportunidad" (Claro, era una segunda oportunidad de volverse a intoxicar).

LA IGNORANCIA HABLANDO: Los masajes son muy terapéuticos y ayudan a relajar al paciente, ya que favorecen el flujo linfático.

LA CIENCIA: Efectivamente los masajes favorecen la relajación, pero nunca se alcanzará un grado de relajación suficiente como para controlar un cuadro de ansiedad o agitación psicomotriz producido por intoxicación o abstinencia a cualquier droga. Incluso con el uso de benzodiacepinas y/o neurolépticos se torna en una situación difícil de controlar. Ya durante el periodo rehabilitatorio si hacemos una comparación entre los síntomas que se tienen que corregir y la técnica aplicada encontraremos que no existe ninguna asociación entre la ansiedad y el buen o mal funcionamiento del sistema linfático. Bueno, por supuesto que si estamos pensando en términos de publicidad a cualquiera le puede parecer atractivo que le den un buen masajito... o incluso hasta que lo monten en un caballito para disfrutar del panorama (¿"Equinoterapia"? Bueno, puede ser que los caballos tengan mucho que enseñarnos, ya que hasta el día de hoy no conozco a ninguno de ellos adicto a nada).

LA IGNORANCIA A TODO LO QUE DA: El adicto necesita de un baño de vapor para desintoxicarse de la droga que trae dentro...pos cómo no, pa'que acabe de eliminarla de su organismo.

LA CIENCIA HUMILDEMENTE: En todo caso el que lo afirme necesita un buen baño de conocimiento para dejar de sostener tal argumento. Y me explico. La heroína se elimina por el sistema urinario (mismo que disminuye su funcionamiento con la deshidratación); la cocaína, para su eliminación requiere de un proceso de degradación en el que se requiere de la participación del citocromo P450. Los metabolitos resultantes son excretados por...el sistema urinario; las metanfetaminas al igual que la anterior, se transforman en metabolitos, principalmente anfetamina, p-OH-anfetamina y norepinefrina, para eliminarse nuevamente... por vía urinaria; la marihuana sí tiene la propiedad de ser liposoluble. Debido a ello una pequeña proporción se acumula en el tejido adiposo por algún tiempo. El resto es eliminado también... por vía urinaria. Vamos a la otra parte. El mecanismo de sudoración, como tal, se lleva a cabo única y exclusivamente por medio del funcionamiento de las glándulas sudoríparas. Estas glándulas se clasifican en dos tipos: Las apócrinas y las ecrinas. El sudor apócrino comienza a secretarse durante la adolescencia y disminuye durante la vejez, con lo que podemos ir estableciendo la relación hormonal que desencadena tal mecanismo, más que la presencia de alguna sustancia a eliminar. Tiene que ver con la liberación de feromonas (Si ese tipo de sudor se liberara por el calor no quiero imaginar cuál sería el ambiente en Mexicali durante el verano: VENGAN TODOS PARA ACÁ). Por otro lado, el sudor producido por las glándulas ecrinas proviene de un filtrado plasmático (plasmático, no del tejido adiposo). El 99% de su constitu-

ción es agua, y se sigue luego de cloruro de sodio, cloruro de potasio, urea, ácido láctico y ácido pirúvico, así como cantidades muy bajas de glucosa y proteínas. Por supuesto que también sirve como mecanismo de excreción de sustancias. Tal es el caso de metales, compuestos orgánicos tóxicos e incluso de derivados de medicamentos. Pero en esta última consideración debemos ser muy cautelosos debido a que la cantidad de eliminación de algunas drogas por el sudor es tan pequeña que no se puede comparar con la pérdida de líquidos concomitante y que da como resultado un fenómeno de hemoconcentración lo suficientemente grande como para que se produzca un aumento relativo de las concentraciones de la droga circulante y con ello volver a intoxicar al paciente con la droga que haya estado utilizando. Tuve la oportunidad de platicar con internos que habían pasado por el famoso "Temazcal". Me proporcionaron descripciones de sus experiencias. Todas ellas coincidentes con cuadros alucinatorios y delirantes.

Sólo mencioné algunos ejemplos. Sin embargo, cuando vamos ampliando la fotografía de ofrecimientos de tratamiento basados en creencias como las anteriores fácilmente podemos constatar de la existencia de un dato curioso. Existe en ellos una relación inversamente proporcional entre el contenido del programa y el costo del mismo:

"Entre más ineficaz más costoso"

El tratamiento para 500 internos con uno de estos abordajes alcanzaba la nada despreciable cifra de 10,000,000 de pesos al año (marzo 2002).

Una complicación extra en el manejo de internos, se relacionaba con el nacimiento de subsistemas. Los internos que ingresaban a alguno de estos programas se conducían bajo sus propios lineamientos normativos. Se establecía una estructura jerárquica sobre la que ni los custodios podían acceder. Los "servidores" más antiguos eran los que decidían sobre los destinos de los infortunados que se iban ingresando ulteriormente. Ellos daban autorizaciones de ir al servicio médico, salir al patio o permanecer encerrado en la celda, asignar responsabilidades domésticas, distribuir alimentos (Que por cierto dicho sea de paso, tenía que ser un alimento de primera calidad o por lo menos distinto al que se suministraba al resto de los internos del penal), etc., etc., etc.

El grado de intoxicación psicotrópica entre los rehabilitados era tan evidente que no se requería de ningún estudio bioestadístico para determinar el índice de fracaso. El hecho es que el día en que se suspendió el acceso de droga, inicialmente en el CERESO de Tijuana (20 de agosto de 2002), sucedió un fenómeno un tanto curioso, pero más bien complicado: De la noche a la mañana se hizo manifiesto el mal llamado síndrome de abstinencia en 4,500 adictos. Dentro de ellos por supuesto que estaban incluidos casi la totalidad de los que se habían venido "rehabilitando" los meses previos a la intervención (con masajitos y todo). Recordar la sensación que te produce ver a esa cantidad de pacientes haciendo filas larguísimas para recibir algún medicamento que les ayudara a sobrellevar la sintomatología es algo difícil de olvidar.

Pero bueno. Dejando atrás la historia, centrémonos en algunas de las acotaciones que deben de ser relevantes al momento de decidir qué hacer, terapéuticamente hablando, para modificar positivamente el patrón de consumo de un adicto que, además de su adicción tiene, como se menciona en el eje IV del DSM, problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen, es decir: Está en la cárcel.

Número uno, los adictos encarcelados no son bichos raros. Número dos, los adictos encarcelados no son extraterrestres ni están por encima de lo que dictan las leyes de la física. Tampoco tienen sistemas neurobioquímicos especiales. Pareciera una exageración esto que yo mismo exagero (valga la redundancia). Sin embargo, he tenido la oportunidad de hablar con muchísimos directores, secretarios, subsecretarios, así como con algunos colegas psicólogos y médicos que plantean toda una serie de preocupaciones basadas principalmente en creencias populares, pero que interfieren negativamente en la toma de decisiones. El proceso farmacodinámico que opera en un adicto encarcelado es exactamente el mismo que funciona en los aparatos y sistemas del adicto que está en la calle. Las distorsiones cognitivas arraigadas en la psiqué son también las mismas. Más importante aún, las causas psicopatológicas que generaron la adicción también son iguales.

Por otro lado, sí existen diferencias a tomar en cuenta. Se hace claro que las características ambientales juegan un papel preponderante al enfrentarnos a los retos que constituye el confinamiento; el mayor o menor hacinamiento; la combinación de horarios; la vigilancia de medidas de seguridad; la conformación de grupos, el contacto con familiares, etc.

Las características psicopatológicas, que como ya mencioné suelen ser compartidas, pueden ser un factor facilitador, ya que muy probablemente nos vamos a enfrentar a mayores concentraciones epidemiológicas de determinadas alteraciones. Tal es el caso, obviamente, del Trastorno Sociopático de la Personalidad. Pero hay otros que hemos podido documentar y que juegan un patrón determinante en la rehabilitación.

MEDIDAS AMBIENTALES

¡DI NO A LA SEGREGACIÓN! Y conste que no me refiero a la segregación racial (a la que, por cierto, también hay que decirle NO). Una de las tentaciones a vencer se basa en la creencia de que hay que mantener una sección especial para los adictos en recuperación durante su proceso de rehabilitación. Nada más alejado de la verdad. No obstante, hago la aclaración: "Durante su proceso de rehabilitación". Porque sí existe una fase en la que se debe de mantener separado al interno de su ambiente cotidiano. Estoy hablando de la etapa en la cual el paciente recién ingresa y podemos evidenciar que está cursando por el cuadro clínico de abstinencia a la droga que haya venido usando. Pero, además que, debido a ello, cumple con los criterios establecidos que se solicitarían para ingresar en cualquier hospital externo. Es decir, que esté en riesgo su integridad, la de los que lo rodean o sus pertenencias, derivado de su cuadro clínico. Ello incluye la agitación psicomotriz, ideación o intento suicida, etc.

Durante la abstinencia los requerimientos de intervención por posibles condicionantes de desestabilización física o del comportamiento pueden ser lo suficientemente severas e imprevisibles como para poner en riesgo la integridad del individuo. Por lo que, como se puede deducir fácilmente, se puede llegar a requerir de la instalación de un sistema de monitorización lo más completo posible que sea concordante con otro sistema de respuesta inmediata. Por los mismos motivos que no podríamos atender con la misma prontitud y grado de efectividad una descompensación hemodinámica repentina o un cuadro de agitación psicomotriz en nuestros domicilios tampoco podríamos hacerlo en la celda del interno.

Ahora bien. Una vez vencida la intoxicación, o la abstinencia, no existe ningún otro motivo para aislar a nadie. Los compañeros psicólogos con los que iniciamos esta tarea en aquellos inicios me externaban su preocupación de que mientras ellos estaban haciendo el esfuerzo de hacer sus intervenciones psicoterapéuticas los compañeros de celda de nuestro internos estaban "contaminando" a los nuestros. En primer lugar hay que recordar que la adicción no es una enfermedad infecto-contagiosa. Se parece, ¡PERO NO LO ES! En segundo lugar, cuando los internos que estamos atendiendo salgan de la cárcel van a regresar a sus respectivos lugares de procedencia. Dichos lugares no son ni con muchos espacios protegidos, vigilados o controlados. Si nos ajustamos a la realidad, solo en muy pocos casos se contará con la posibilidad de regresar a un lugar distinto de residencia. Un lugar en donde se pueda evitar el contacto con otros amigos consumidores. En otras palabras, no es conveniente instalar al adicto en el interior de una burbuja social que se reventará al momento de salir del programa de rehabilitación. En tercer lugar, habilitar áreas especiales en los CERESO's favorece el ingreso de internos al programa por los motivos equivocados. Pueden creer, o de hecho generarse, tratos considerados como privilegios.

El último elemento ambiental es un componente susceptible de moldear. Lo menciono porque es un elemento que por lo regular SE TIENE QUE MOLDEAR. Me refiero al equipo de seguridad: Custodios, Área técnica, comandantes, servidores, directores, etc. Con esto no pretendo decir que la resistencia sea generada por el personal mencionado como el producto de una irresponsable actitud más basada en la terquedad que en el razonamiento. Debemos recordar que ya de por sí es muy estresante lidiar todos los días con la sensación de que en cualquier momento puede correr peligro la integridad de cada uno de ellos. No es una exageración y es una situación de muchísimo cuidado. Bueno, por un lado tenemos en todo momento que acatar indicaciones que se relacionen con medidas de seguridad. Eso no está en cuestionamiento. Pero por otro lado, también existe la siempre necesaria posibilidad de expresar nuestras inquietudes. Sobre todo cuando la productividad o la continuidad de las sesiones se ve afectada considerablemente. Más aun cuando la interferencia en el proceso de rehabilitación obedece a conceptualizaciones diferentes. Por ejemplo, el suspender del programa a un

interno porque tuvo una recaída; no llevar al interno a la sesión porque está castigado debido a que cometió alguna transgresión (no necesariamente debido a que esté presentando agresividad verbal o física heterodirigida. En esos casos por supuesto que no es pertinente poner en riesgo al personal de psicología o al resto de los usuarios). Hay que recordar que existen algunas alteraciones mentales y del comportamiento en las que el mejor momento de intervención es cuando el paciente precisamente está en crisis. Tal es el caso del paciente con trastorno límite de la personalidad. Cuando se trata de pacientes con personalidad sociopática, bueno pues la transgresión a la normatividad constituye como tal la sintomatología sobre la cual se puede trabajar en un momento psicoterapéutico. En el momento en que el cuerpo operativo de seguridad decide no llevarlo a terapia porque "está castigado" se está cometiendo un error clínico. Sin embargo el personal de seguridad no está obligado a saber eso. Por lo que somos nosotros los que, en la medida de lo posible, tenemos la obligación de sensibilizarlos al respecto.

Otro conflicto es el relacionado con la distribución de competencias. La función de un servicio de rehabilitación está encaminado a modificar favorablemente el patrón de consumo de los adictos a su cargo, por medio de, en nuestro caso, la psicoterapia cognitivo conductual. Nuestra función no es la de dar clases; tampoco la de poner a los internos a hacer ejercicio físico; no somos sus consejeros espirituales; no somos sus padres; no somos sus abogados defensores o acusadores. En un programa o centro de rehabilitación puede ser que si se tenga la obligación por parte del programa de abordar también esas áreas. Sin embargo estamos hablando del trabajo de los CE.RE.SO.'s de México. No podemos darnos el lujo de interferir o duplicar el trabajo que ya nuestros compañeros de cada una de las respectivas áreas mencionadas tienen la capacidad y disposición de llevar a cabo porque para eso están entrenados y en eso ellos son los especialistas.

En todo momento se debe de mantener un canal de comunicación abierto con los directivos de seguridad. Por medio de él tenemos la posibilidad de también establecer las acciones de capacitación requeridas para modificar conceptualizaciones preconcebidas de interferencia. Parece ocioso mencionar algo como esto. Pero no es frecuente que se incurra en el error de la incomunicación por el motivo que a ustedes se les ocurra.

MEDIDAS DEL CUIDADO PSICOPATOLÓGICO

Tenemos que recordar que un modelo de rehabilitación profesional forzosamente se ve obligado a contar con un sólido sustento teórico. No se trata de ir improvisando. No está permitido hacer afirmaciones como las siguientes:

-"Nuestro sistema consiste en hacer que el adicto aprenda a expresar sus emociones" (Pues si no somos Deepak Chopra).

-"Tenemos que conseguir que saque todo lo que trae adentro" (Y que tal si todo lo que trae adentro es lo que lo mantiene más o menos funcional).

-"Hay que fortalecerle su autoestima" (Muchos de ellos tienen una autoestima mucho mejor que la mía).

-"Debemos mantenerlo ocupado para que no esté de ocioso...pos si eso fue lo que lo hizo adicto" (Esto expresa un desconocimiento total de los síntomas que constituyen a los diferentes agentes etiológicos...me niego a intentar mayor aclaración).

Como bien se pueden dar cuenta es un pequeño catálogo de lo que mi esposa y yo llamamos psicología popular no aplicada. Con el término "no aplicada" nos referimos a que es utilizada por psicólogos que no fueron "muy aplicados" en su formación y por ello recurren a lo que el resto de la gente dice.

En materia de adicciones hay todavía muchísimo por encontrar. Sin embargo, también ya hay bastante material que nos va dando luz. Un gran avance lo constituyó el hecho de sacar a las adicciones del campo de "los vicios" y trasladarlo al campo de las enfermedades. Al parecer todos estamos de acuerdo en que las adicciones son una enfermedad. Y digo "al parecer", porque AL PARECER también nadie las trata como tales. Vamos con calma, ¿Porqué decimos que son una enfermedad? Varias razones:

- Producen un estado de malestar físico mental y social.
- Presentan cuadros clínicos bien identificados que manifiestan la afectación de órganos y sistemas.
- Son causadas por otras alteraciones mayormente psicopatológicas, pero en algunos casos incluso físicas, que en su conjunto con conocidas como factores de riesgo.

Estos tres determinantes nos explican el porqué debemos estar bien convencidos de que las adicciones son una enfermedad. Y es relevante debido al hecho de que con ello nos da el pretexto perfecto para poder intervenir a nosotros como médicos, psiquiatras y psicólogos. Por un momento pensemos que la adicción es solo un fenómeno social, bueno pues entonces que sean los sociólogos los que nos den la respuesta; bueno no es una enfermedad, es entonces una complicación legal, que lo resuelvan los abogados; es una enfermedad del espíritu, vamos a dejárselo a Dios entonces. Y conste que yo no estoy diciendo que esas áreas del enfermo no se vean afectadas también. Pero pareciera ser que cuando sentimos que estamos fracasando buscamos a quien aventarle el problema justificando el porque de la presencia de la falla o supuesta falla.

El tratamiento de la diabetes está encaminado no a reparar el páncreas del individuo que la padece. A lo mejor en 200 años eso sí va a ser posible. Pero lo cierto es que al día de hoy eso no está a nuestro alcance. Por lo que el tratamiento de la diabetes hoy está encaminado a mantener niveles adecuados de glucosa por medio de hipoglucemiantes orales o insulina, según sea el caso. Con ello, el médico internista se trata de asegurar de que no se vayan

a presentar toda una gama de complicaciones que al mediano o largo plazo pueden llevar al paciente a la muerte. Muy bien, en el caso de las adicciones es lo mismo. La rehabilitación NO ESTÁ ENCAMINADA A PRODUCIR LA ABSTINENCIA TOTAL. Nuevamente quizá en 200 años eso sea una realidad. Al día de hoy ese no es nuestro caso. Un buen sistema de rehabilitación es aquel que tiene la capacidad de modificar el patrón de consumo del usuario. Es decir, que el número de recaídas cada vez sea menor y que cuando se llegue a presentar, éste no sea tan severo como el que había venido presentado al momento del ingreso al programa. Y por supuesto que en el camino si vamos a encontrar a algunos pacientes que se logren mantener en la abstinencia total el resto de su vida. Así entonces podemos establecer un parámetro concreto que nos permita evaluar la efectividad de nuestro programa.

Ahora bien ¿Cómo vamos a alcanzar semejante meta? Consideremos el siguiente procedimiento: Manejo de la intoxicación, control de la abstinencia, identificación de las causas, corrección de causantes, creación de conciencia de enfermedad, favorecer la transición, inserción a ayuda mutua, vigilancia para la prevención de recaídas.

La mayor parte de los pacientes intoxicados que han ingresado a nuestro programa en las cárceles de Baja California han llegado en estados mínimos de intoxicación. Ello es debido al proceso jurídico que deben de seguir antes de su ingreso al penal mismo. Por lo regular ya han pasado más de 72 horas sin consumir drogas hasta el momento en que hacemos contacto con ellos. En ese sentido podemos decir que en nuestra experiencia, por ejemplo, los pacientes intoxicados por metanfetaminas no han requerido de intervención inmediata o urgente; es el mismo caso para usuarios de cocaína (cuyo cuadro es idéntico al anterior); lo mismo se puede decir del usuario a marihuana. La explicación de este comportamiento puede deberse además otros factores diferentes a la falta de suministro. Por ejemplo, la vía de administración de la sustancia, a su vida media o a la naturaleza del efecto de la sustancia misma. Tomemos el caso de las más frecuentes. Con la cocaína se sabe que su intoxicación no está relacionada con la dosis administrada dependiendo de si se trata de usuarios iniciales o crónicos. En el caso de los primeros la vida media es de media hora a hora y media; en el caso de los segundos estamos hablando de que la vida media se puede extender hasta por 4 horas. Luego entonces la explicación se puede entonces centrar en los metabolitos de la droga. Los principales de ellos tienen vidas medias superiores. Pero no sólo eso, sino que también algunos de ellos tienen propiedades diferentes. Tal es el caso, por ejemplo, de la benzo-ylecgonina. La cocaína cruza fácilmente la barrera hematoencefálica, este metabolito no lo hace. Por ello aun con dosis menores, en pacientes crónicos el efecto de intoxicación no necesariamente es igual. Además está el hecho de que la formación de benzo-ylecgonina depende parcialmente de las concentraciones de colinesterasa por lo que sujetos con deficiencias de ella tendrán efectos diferentes a nivel sistémico en general, independientemente de los efectos producidos en el sistema nervioso central, con las manifestaciones clínicas secundarias.

Por los mismos motivos, pero debido a diferentes mecanismos, encontramos un comportamiento similar en los usuarios de metanfetaminas. La vía de administración de esta droga en los usuarios de nuestra población por lo regular es intranasal u oral, muy raramente llegan a la administración intravenosa. Una vez en el organismo la metanfetamina incrementa los niveles de dopamina, serotonina y norepinefrina a nivel sináptico. La norepinefrina es la responsable de los efectos simpaticomiméticos, psicomotores, anoréxicos y del estado de alerta; la modificación dopaminérgica es la que genera los cuadros psicóticos y de la sensopercepción principalmente. A diferencia de la cocaína, tiene una vida media más prolongada que va de las 6 a las 15 horas. Además, no todos los metabolitos producidos son activos (p-OH amfetamina, norefedrina). Las concentraciones séricas terapéuticas de esta sustancia se encuentran en el rango de los 0.02 a los 0.05 mg/L, por lo que cifras mayores a ello constituye un indicador de abuso. No obstante con la vía de suministro generalmente utilizada y debido a lo explicado en relación a su metabolismo, raramente se llegan a documentar concentraciones superiores a los 2.5 mg/L, cifra que se encuentra por abajo de niveles requeridos para sufrir una intoxicación severa.

Una situación muy diferente se presenta cuando estamos tratando pacientes intoxicados por heroína. En este caso, debido a la vía de administración, puede alcanzar picos de 0.44 mg/L en menos de 5 minutos con una dosis de 150 a 200 mg. Los efectos con tales concentraciones de droga no se hacen esperar: Analgesia, bradicardia, depresión del sistema nervioso central, nausea, vómito, disminución peristáltica, vasodilatación subcutánea, diaforesis, miosis, hiporreflexia y alteración del estado de conciencia. Por supuesto que los efectos que comprometen al sistema cardio-respiratorio son los que no debemos descuidar. La sintomatología se hace todavía más aparatosa, por la complicación que representa la aparición de los síntomas psiquiátricos que se hacen evidentes durante la abstinencia.

Definitivamente en este caso, así como en el caso de la intoxicación alcohólica severa o por benzodiacepinas, el manejo, no hay la menor duda, se debe de llevar a cabo en un medio hospitalario. Con la población penitenciaria no se hace la excepción. Es lamentable el constatar como algunos compañeros médicos todavía continúan rechazando el manejo de semejantes cuadros.

Una vez vencida la intoxicación o la abstinencia centrémonos en lo que sigue: Identificación de las causas.

Por el hecho de que la misma disciplina médica haya acuñado el término "idiopático" para referirse a aquellas enfermedades cuya etiología no está clara; y que dicho adjetivo se aplique a una gran cantidad de enfermedades, no por ello nos excluimos de la responsabilidad de tratar de definir dicha situación en cada uno de los pacientes que tratamos. El no conocer las causas nos limita a contar con la posibilidad única del uso de paliativos. En el

caso que nos ocupa nos conduce a la aplicación de sistemas homogéneos de intervención para padecimientos de naturaleza y características heterogéneas.

Diferentes autores han señalado la relación que existe entre la presencia de psicopatología como precursora de la dependencia inadecuada o el abuso de a alguna sustancia psicotrópica. Ello va desde la identificación de algunos marcadores genéticos expresados por medio de endofenotipos (por ejemplo, la P300) hasta la franca manifestación de conductas abiertamente patológicas y tan aparatosas como sería un cuadro severo de trastorno de la conducta o disocial, trastorno por déficit de atención o depresión, por citar algunos.

Ahora bien, si la relación ya está ampliamente documentada. ¿Como podemos pensar en la posibilidad de genuinamente brindar alguna ayuda terapéutica si desconocemos la alteración precursora y con ello estamos impedidos a intentar controlarla o erradicarla? Lo único que se consigue es propiciar conductas en las que la aparente mejoría es solo transitoria y que desaparece al momento de ser egresado del servicio el paciente (Qué ironía...¡Y por consentimiento médico!). En el caso del adicto internado en la cárcel la perspectiva se empeora al generar respuestas de pseudo-apego-terapéutico que enmascaran la obtención de apetitosas ganancias secundarias para el enfermo. No hay que olvidar que uno de los diagnósticos más frecuentes que al interior de las penitenciarías encontramos es el trastorno Sociopático de la personalidad. Si no lo detectamos como causal único o compartido, nos convertimos en víctimas del cuadro clínico (Si no me crees, sólo revisa los criterios diagnósticos de esta enfermedad). En el caso de la depresión, en su carácter de precursora (que no subyacente), es seguida de una recaída casi inmediata. Ya no digamos si el paciente era portador de un trastorno por déficit de atención. En este caso nuestro mejor esfuerzo psicoterapéutico está encaminado a fracasar. Simple y sencillamente, nuestro paciente ni siquiera nos va a percibir. Recuerde que el déficit de atención no siempre está acompañado de hiperactividad. Perdón por la perseverancia, pero si no corregimos la causa...no rehabilitamos nada.

TÉCNICAS Y SU IMPLEMENTACIÓN

Por supuesto que al día de hoy una de las mejores herramientas de las que podemos echar mano es la Terapia Cognitivo Conductual. Por mucho este tipo de intervención se aventaja sobre cualquiera otra por varias razones. Allí van algunas:

- El éxito de la intervención depende menos de las características inherentes al terapeuta que de la correcta aplicación de la técnica.
- Las herramientas terapéuticas son comparables.
- Propicia modificaciones conductuales muy concretas.
- Permite la elaboración de metas bien definidas en contenido y en tiempo de alcance.
- Se puede aplicar con la modalidad grupal.

- Es compatible con los sistemas de ayuda mutua (elemento muy importante en el caso de las adicciones).
- Es una técnica económica.

Todo el trabajo inicial puede encaminarse al logro de diferentes y variados objetivos específicos o, tal vez, sub-objetivos. Sin embargo nunca hay que perder de vista que uno de ellos es indispensable o, por lo menos, preponderante. Me refiero al que nos asegurará que el paciente en algún momento del proceso va adquirir consciencia de enfermedad. Nuestro mejor esfuerzo no va a traducir ningún resultado positivo si no conseguimos crear conciencia de enfermedad. Ahora bien, hay una diferencia muy grande entre tener el conocimiento de que uno está enfermo y genuinamente saber que uno está enfermo. El primero es un fenómeno netamente cognitivo-pedagógico, totalmente desprovisto de cualquier involucramiento emocional. A menudo se acompaña de una falsa sensación de seguridad. Suele creer el paciente que dicha enfermedad no pone en riesgo su vida y que de alguna u otra manera va a desaparecer. El resultado de ello es que no cree que exista la necesidad de que nadie lo ayude. Piensan: –"Es que yo no he tocado fondo todavía"; –"Hay otros que están peor que yo, ellos si son adictos".

Y espero que no se me vaya a mal interpretar. Por ningún momento estoy diciendo que la filosofía de los 12 pasos sea inefectiva o contra producente. Esta conclusión se puede derivar del hecho de que efectivamente la explicación al primer paso se da en la literatura relacionada con los 12 pasos y las 12 tradiciones literalmente dice:

"¿Por qué tanta insistencia en que todo A.A. toque fondo primero? La respuesta es que muy poca gente tratará de practicar sinceramente el programa de A.A. a menos que haya tocado fondo."

No obstante, se debe de considerar el texto lo más completo posible, ya que allí mismo se menciona: "Era (*es*) claramente necesario LEVANTAR EL FONDO que el resto de nosotros habíamos tocado hasta el punto que les llegara (*llegue*) a tocar a ellos."

Y es precisamente en esa aclaración que se justifica la razón de nuestra intervención profesional. La responsabilidad se traduce en favorecer ese "levantar el piso". Sigue diciendo AA:

"¿Quién quiere ser rigurosamente honrado y tolerante? ¿Quién quiere confesar sus faltas a otra persona y reparar los daños causados? ¿A quién le interesa saber de un Poder Superior, y aun menos pensar en la meditación y la oración? ¿Quién quiere sacrificar tiempo y energía intentando llevar el mensaje de A.A. al que todavía sufre? No, al alcohólico típico, extremadamente egocéntrico, no le interesa esta perspectiva - a menos que tenga que hacer estas cosas para conservar su propia vida."

¿Suena familiar?

¡POR SUPUESTO!:

"CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD"

Ya tiene cubierto este requisito. Muy bien. Es el momento de iniciar la transición para conducirlo a un sistema de apoyo a largo plazo. Tal es el caso de los sistemas de ayuda mutua. Me queda claro que habrá quien diga: "¿Todo este esfuerzo para al final entregárselo a los de AA o NA?".

Bueno si eso hubiéramos hecho desde un principio los resultados no hubieran sido muy alentadores. Es más es algo que vemos todos los días. Cuando se inserta a un individuo a su rutina de "sólo por hoy" tiene altas probabilidades de ya no regresar a la siguiente sesión. Siempre se hace necesario la preparación para llegar a este sistema. A la inversa. Los índices de deserción son el una muy diferente proporción cuando se somete a una preparación previa al exadicto.

Una intervención de esta naturaleza no debe de durar menos de 18 a 24 meses. Finalmente, no hay que olvidar que el pronóstico se establece diferenciado cada caso.

REFERENCIAS

1. Stephens BG, Jentzen JM, Karch S, Mash DC, Wetli CV. Criteria for the Interpretation of Cocaine Levels in Human Biological Samples and Their Relation to the Cause of Death. Am J Forensic Med Pathol 2004; 25: 1-10.
2. Fischer JA, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM. Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: Findings from an Australian birth cohort. Addiction 2012; Feb 17. doi: 10.1111
3. Martin PR, Singleton CK, Hiller-Sturmhöfel S. The Role of Thiamine Deficiency in Alcoholic Brain Disease. Alcohol Res Health 2003; 27(2): 134-42.
4. Iacono WG, Malone SM. Developmental Endophenotypes: Indexing Genetic Risk for Substance Abuse with the P300 Brain Event-Related Potential. Child Dev Perspect 2011; 5(4): 239-47.
5. Zhao G, Ford ES, Tsai J, Li C, Croft JB. Factors Associated with Vitamin D Deficiency and Inadequacy among Women of Childbearing Age in the United States. ISRN Obstetrics and Gynecology 2012; 2012, Article ID 691486, 9 pages, doi:10.5402/2012/691486
6. Pilz S, Kienreich K, Stückler D, Meinitzer A, Tomaschitz A. Associations of Sun Exposure with 25-Hydroxyvitamin D and Parathyroid Hormone Levels in a Cohort of Hypertensive Patients: The Graz Endocrine Causes of Hypertension (GECOH) Study. Int J Endocrinol 2012; 2012: 732636. Published online 2012 February 16. doi: 10.1155/2012/732636
7. Gottesman II, Gould TD. The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. M.D. Am J Psychiatry 2003;160: 636-645. 10.1176/appi.ajp.160.4.636
8. el Nakah A, Frank O, Louria DB, Quinones M, Hermanbaker. A Vitamin Profile of Heroin Addiction. AJPH 1979 69(10); 1058-60.
9. Koul PA, Ahmad SH, Ahmad F, Jan RA, Shah SU, Khan UH. Vitamin D Toxicity in Adults: A Case Series from an Area with Endemic Hypovitaminosis D. Oman Med J 2011; 26(3): 201-4. doi: 10.5001/omj.2011.49