

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Vulneración de la Dignidad: Un Análisis del Tratamiento de un Centro de Rehabilitación de Drogas desde la Perspectiva de sus Usuarios.”

para obtener el grado de

MAESTRO EN DERECHOS HUMANOS

presenta

Iván Martínez García

**Director de tesis
Dr. Nicholas Kaufmann**



San Luis Potosí, S.L.P., a agosto de 2017

AGRADECIMIENTOS

A Luly y Yoyita Sofía, las Mujeres Colibrí, quienes comparten y con quienes comparto la vida, las amo. Luly, Amor, tu comprensión y apoyo es inconmesurable, mil gracias.

A mi familia de origen, por creer tanto en mí: a mi Mamá Olivia y mi hermana Karina, hubo tiempos difíciles, y ahora somos libres, las amo. Tía Celia (q.e.p.d.) sé que siempre me cuidas por donde voy. Abuelita Chayo (q.e.p.d.) te extrañamos. Tío Fer gracias por enseñarme el arte; a mi cuñado Lupe, mi sobr(h)ija Sofía, los quiero un chingo.

A mi familia de USA: Tía Claudia y Tío Teto, Poncho y mi sobr(h)ija Kaelyn, su escucha y apoyo aliviaron mi dolor en el viejo mundo, muchas gracias.

A toda mi familia extensa: Víctor, Rodrigo, Adriana, Mirna, Michelle, Ilse, gracias por ser parte de mi familia.

A mi familia Política, con Doña Gloria y Don Coco al frente, quienes son un ejemplo de tenacidad y fuerza para con la vida, y me inspiran a seguir luchando. Juanis y Eliseo, muchas gracias por ayudarnos de tantas maneras.

Al Maleno, Jackie, “El Negro” Jahír, el Eder, Gorety, Moro, Tania, Nayeli, “Depor”; Juan Gabriel y Petruche (q.e.p.d.), a ustedes que me enseñaron a ser Psicólogo, y han sufrido tanto en estos lugares, esta tesis se las dedico de corazón.

A mis Maestros espirituales; Saúl, Marcelino y mi Padrino Jorge, los quiero y admiro un chingo.

A Esther Montoya y Lauro Serrano (q.e.p.d. ambos), amigxs que se adelantaron en el camino, y que me enseñaron a seguir en este camino de la investigación y la escritura, lxs extraño mucho.

Quiero agradecer especialmente a mis profesores:

Alejandro Rosillo, por ser un tipo genial que me ayudó tanto sin apenas conocerme, toda mi vida ha cambiado con esto, chido Doc.

A mi Director y amigo, Nicholas Kaufmann, por acompañarme en esta locura y motivarme a seguir cada que desfallecía.

A Rogelio Cordova, una persona que admiro por ser tan capaz, noble y que tiene una claridad de ideas que me inspira a seguir en esto.

David Sánchez Rubio, mi profesor y tutor en la Universidad de Sevilla, mi Cuate, gracias por guiarme a Antagónicos Sevilla, y poder formar parte de tan crítico y liberador proyecto.

A Moramay, por ser un ser tan espiritual con quien me topé en este proceso, gracias por ser y estar ahí, en esta extraña coincidencia que es la vida.

A Azael, por su pasión por la vida y su congruencia revolucionaria, ¡saludos vos!

A Salamanca, por enseñarme tajantemente a tomar posición, gracias “Antoñito”.

Alma Nava Y Chema de Luna, gracias por creer en mí.

A Eduardo Bravo Castillo - ¿aun vives maestro? - por enseñarme a fajarme los “tanates”.

A mis amigxs MDH: en primer lugar, mi Manita, Laura Angélica, por ser una auténtica Revolucionaria que nunca deja morir solo, un Goya para ella; a Clau, por acompañarnos en la aventura de las Europa's y regalarme París; Magda y Pya, no saben cómo me guió su perspectiva antropológica y su fuerza para no claudicar con la idea de dignidad, chido morras. Al Bau, mi amigo del Cuautemalán con quien tantas amenas charlas y cafés devoré; Juan Miguel, gracias por ser un gran valedor; a la pasión de la banda colombiana: Mila, Adry, Lau Victoria, Lore, Mario, los quiero; mis amigxs de Bolivia y Honduras, ya se les extraña. Y con todas nuestras diferencias y vicisitudes, a toda la 4ª. Generación: Somos Pacífico, estamos unidos...

A Ale Juárez, Rita Zarate Madrid, Pacoctavio, Jorge, Ramón, Daniel y todxs lxs compañerxs MDH que me fueron indicando el camino.

A Paul, que me animó a no claudicar en el empeño de entrar a la MDH, gracias amigui.

A la banda latina de Sevilla: a mi Parcerero del alma, José, venga Parce, de una; a mis Chilenxs consentidxs Andrea y Juancayo, gracias por hacerme sentir el calor latino estando tan lejos de casa, saludos hasta el Sur amigxs. Francesca Turandot, latina-italiana, gracias por defender con ahínco tus argumentos y a lxs más vulneradxs amiga.

Pilar, gracias por compartirnos tu hogar, tu persona, tu conocimiento, y esas delicias culinarias ecuatorianas.

Mis “armasss” sevillanas, Tito y Martha, que tanto me enseñaron de un pedacito de Europa en tan poco tiempo, gracias.

A Vero, mi bibliotecaria y salvadora en la búsqueda de libros, y a Rodrigo, mi amigo de biblioteca, ambos conocidos en el CIIP, mil gracias; a todo el personal de todas las bibliotecas que visité en la UASLP y la US, gracias.

A Alfredo, el primer filósofo que conocí, que me enseñó que nunca se debe claudicar por los sueños, vámonos a la Francia Feyo's.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por su apoyo para esta investigación, muchas gracias.

**Con la terca convicción de que es posible un mundo mejor.
Marcela Godínez.**

SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS EN ESTA TESIS:

AA	Alcohólicos Anónimos
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CR	Centro de Rehabilitación
DC	Diario de Campo
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
DH	Derechos Humanos
IT	Institución Total
INTERNO	Usuario de drogas en internamiento en el CR
LGS	Ley General de Salud
NOM-028	Norma Oficial Mexicana -028
SERVIDOR	Categoría que se obtiene al ingresar a un CR por cumplir alguna función o servicio que se le asigne en el mismo
TRATAMIENTO	Tratamiento para usuarios de drogas.
USUARIO	Usuario de drogas, sin importar el nivel de uso.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
La historia de Maleno	3
Preguntas y objetivos de investigación	4
Estructura de la tesis	4
CAPÍTULO I CONCEPTOS SOBRE USUARIOS DE DROGAS Y TRATAMIENTO	6
1.1 Introducción: Mirada Panorámica al uso de drogas en México.....	6
1.2. Usuario de drogas: Definición desde la perspectiva médica	8
1.2.1 Usuario de drogas y familia	13
1.3 Tratamiento para usuarios.....	15
1.3.1. Principales modelos de tratamiento.....	17
1.3.2. Tratamiento en Centro de Rehabilitación (CR).....	20
1.4 La experiencia Goffman	22
1.5 Conclusiones	24
CAPÍTULO II DIGNIDAD EN EL TRATAMIENTO DE USUARIOS DE DROGAS	26
2.1 Introducción	26
2.2 Breve historia del concepto dignidad.....	27
2.3 La visión moderna de la Dignidad	28
2.3.1 Dignidad humana en la carta magna	30
2.4 Derechos humanos, teoría crítica y dignidad.....	31
2.4.1 La dignidad desde una visión crítica	33
2.4.2 Historización en clave ellacuriana.....	34
2.4.3 El método	37

2.5 Definición operativa	37
2.5.1 La normativa: derecho proclamado/principio positivado.....	37
2.5.2 Usuario de drogas: una mayoría oprimida	39
2.5.3 La realidad del tratamiento en CR: un mecanismo de opresión.....	41
2.6 Dignidad y tratamiento para usuarios de drogas: hacia una resignificación.....	46
CAPÍTULO III CONSIDERACIONES LEGALES, DH Y TRATAMIENTO DE PERSONAS EN INTERNAMIENTOS. UNA REVISIÓN CRÍTICA	49
3.1 Introducción	49
3.2 Legislación internacional	49
3.2.1 Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH).....	49
3.1.2 Convención Americana de los Derechos Humanos(CADH)	50
3.2.3 Protocolo de San Salvador	51
3.2.4 Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental	52
3.2.5. Principios y buenas prácticas sobre la protección de personas privadas de la libertad en las Américas	53
3.3. Legislación nacional	68
3.3.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM).....	68
3.3.2. Ley General De Salud (LGS)	69
3.3.3. Norma Oficial Mexicana 028 (NOM-028).....	70
3.4 Conclusiones.....	72
CAPÍTULO IV EL VIS A VIS EN LA COTIDIANEIDAD DEL CR	73
4.1 Introducción	73
4.2 Procedimiento	76
4.3 Sobre el lugar: privado, cerrado y de entrada indirecta	77
4.4 La vida cotidiana en el CR.....	79
4.4.1 El espacio arquitectónico	79
4.4.2 Ingreso.....	84

4.4.3 Valoración	87
4.4.4 Servicios	91
4.4.5 Juntas de rehabilitación o compartimento/terapia	94
4.4.6 Las funciones en el CR: Jerarquías, antagonismos y privilegios en el CR	98
4.4.7 Aplicaciones o castigos en el CR	101
4.4.8 Fugas	102
4.4.9 Egresos	104
4.4.10 La experiencia del usuario en el CR.....	105
4.5 Conclusiones de esta breve descripción de la realidad del CR.....	107
CAPÍTULO V CONCLUSIONES GENERALES	111
5.1 Escuchando al usuario posicionadamente.....	111
5.2 Falencias del CR desde un enfoque de salud	112
5.3 La dignidad vulnerada.....	113
5.4 Leyes y tratados: un ejemplo de cómo se incumple con la dignidad.....	114
5.5 Los CR, lugares de vulneración, pero también, espacios de posibilidad.....	117
Anexos.....	120
Permiso para grabación.	120
BIBLIOGRAFÍA	121

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, en cualesquiera de sus modalidades de uso, es una de las problemáticas que a nivel mundial ha tomado más auge en los últimos años, hasta llegar a convertirse literalmente en un conflicto de salud pública para muchos países; yendo desde lo global hasta lo local, no respeta fronteras o límites, condiciones sociales, etarias y de género, convirtiéndose en una epidemia de características inauditas.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que las "consideraciones de derechos humanos y salud pública deben estar en el centro de la respuesta internacional al uso de drogas [...]”¹, siendo estas consideraciones de derechos humanos (DH) importantes porque la estigmatización que recae sobre la persona que consume es de naturaleza compleja, llena de discriminación y prejuicios, o sea, violenta.

“La “adicción a los estupefacientes” es retratada como un “mal” que la comunidad internacional tiene la obligación moral de “combatir” porque constituye un “peligro de gravedad incalculable” que justifica una serie de medidas extraordinarias (que de otro modo serían públicamente inaceptables).”² Estas medidas pueden ir de la criminalización a la patologización de un sujeto que, conviene decir, suele ser más bien víctima de su realidad circundante que victimario de la misma.

En el primer caso, -la criminalización-, la persona es remitida a purgar o pagar una pena por su falta para con la sociedad, mientras que, en el segundo, -que es el que compete a esta investigación- el de la patologización, el usuario que abusa o depende de drogas es sometido a tratamientos que tienen por objetivo “curar” a la persona, haciendo de la abstinencia de sustancias un imperativo esencial. Es precisamente este apartado al que se pondrá atención en la investigación, siendo la dinámica del tratamiento que reciben

1 Yuri Fedotov, Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en la inauguración de la 56ª Sesión de la Comisión de Estupefacientes, disponible en Gilberto Guerra, “Tratamiento de adicción a drogas: desde la cohesión hacia la coerción”, <https://goo.gl/Gzzhel>, consultado el 17 de Marzo de 2017.

2 Count the costs, *La Guerra contra las Drogas: Socavando los Derechos Humanos*, disponible en <https://goo.gl/V8ClRk>, consultado el 15 de marzo de 2017. El concepto “adicción a estupefacientes” usado en esta cita es homologada a la presente investigación como dependencia de drogas o de sustancias psicoactivas.

usuarios de drogas en un Centro de Rehabilitación (CR) y descrita desde los mismos lo que se busca explorar.

Las legislaciones y tratados abordan las formas adecuadas del tratamiento para usuarios de drogas, pero su implementación discurre en una constante incongruencia con la realidad. El tratamiento que reciben quienes consumen drogas, según dictan algunas investigaciones sobre el tema, suele ser inhumano y cruel: estas medidas van desde encierros involuntarios, hacinamiento, mala alimentación, entre otras medidas que, según parece, vulneran su dignidad.³

Durante 10 años de trabajo como psicólogo en un CR, he observado personalmente la buena voluntad de personas que, en el afán de hacer un bien, hacen un mal, -iatrogenia le llaman en medicina-, y a través de violencia psicológica y /o física, humillaciones, coerción, golpes, estos llamados Padrinos⁴, buscan curar –con lo que tienen a la mano- de esta “perversa enfermedad del alma”⁵ a usuarios de drogas.

He podido observar igualmente que la violencia que viven los usuarios en los procesos de rehabilitación suele ser demasiada, existiendo, además, escaso o nulo apoyo a los CR por parte del Estado en esta grave problemática social, porque siendo un problema de salud pública, y siendo necesarias intervenciones a fondo, se quedan en intervenciones preventivas, que, valga la analogía, se convierten en una venda ante la fractura expuesta que representa el fenómeno de la dependencia de drogas en el País.

³ Véase un par de investigaciones sobre el tema en el “Informe especial sobre centros de tratamiento de adicciones en modalidad residencial” de la Comisión Estatal de Derechos humanos de San Luis Potosí (CEDH-SLP) del año 2005, disponible en www.cedhslp.org.mx/informes/, y el informe del colectivo Cupidh en Carlos Zamudio et. al., *Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México*, Cuadernos-Cupidh 8, versión digital.

⁴ La figura del Padrino en los CR se refiere a aquella persona que ya lleva cierto tiempo en abstinencia de consumo de sustancias, y que, habiendo alcanzado cierto grado de “sobriedad” o equilibrio emocional, se dedica a guiar a otros en el camino de la recuperación del uso compulsivo de drogas.

⁵ Es una frase que suelen usar los miembros de la asociación de los Alcohólicos Anónimos, quienes, en concordancia con la perspectiva médica, ven a la dependencia al alcohol como una enfermedad, a la cual le dan además el adjetivo de “perversa” en referencia al mal o daños que puede producir al sujeto que la padece.

La historia de Maleno

Durante el periodo que trabajé en un CR, conocí, entre otras, la historia de Maleno, la cual ilustra las problemáticas de:

Un joven con grave dependencia a los solventes, hijo de madre drogadicta y padre desconocido; su madre, muere por complicaciones relacionadas con el consumo de sustancias: se intoxica fatalmente al confundir el líquido de una botella de refresco “sprite”, que, en lugar de este, contenía thinner, y beberlo de un sorbo. Sobrevive limpiando parabrisas en paradas de semáforo, donde según sus palabras puede sacar desde 200 hasta 1000 pesos en un buen día de trabajo.

Maleno vive con una Tía y su familia, no tiene más que el tercer año de educación primaria, se ha desarrollado en un entorno en donde las redes de apoyo social son escasas, donde la pobreza es evidente y el calor de una familia ha sido sustituido por la fiereza del barrio.

Ha estado en varios anexos⁶, y ahí lo han enseñado a ser “recio”, le han infligido un sin fin de aplicaciones⁷ por no acatar las reglas del centro, lo han dejado sin comer, y lo que come en muchas ocasiones dista mucho de ser algo comestible; duerme hacinado en cuartos con chinches y garrapatas, y con otros adictos, y siempre se ha bañado con agua helada, “para que valore” le ha dicho su padrino.

Si historias como las de Maleno, que se repiten constantemente en los anexos no es vulnerar la dignidad, no sé qué pueda llegar a serlo. Maleno es sólo un

6 Centros de Rehabilitación para usuarios de drogas.

7 Castigos correctivos, con los cuales se busca rehabilitar a los consumidores.

*caso de miles que se las tienen que arreglar con su dependencia a drogas como él pueda.*⁸

Preguntas y objetivos de investigación

Historias como la ya descrita conllevan a cuestionarse hasta qué punto los CR contribuyen a vulnerar la dignidad de los usuarios de drogas que están en tratamiento en estos lugares, y como es que esto puede estar sucediendo en la actualidad, siendo estas preguntas esenciales sobre la que se sustenta esta investigación.

El objetivo general de la tesis es identificar la manera en que se vulnera la dignidad de usuarios de drogas en tratamiento en un CR, mientras que sus objetivos específicos radican en:

- Realizar una definición operativa del concepto dignidad para aplicarla al tratamiento de usuarios en el CR
- Analizar los datos obtenidos de la labor etnográfica -con especial énfasis en los datos ofrecidos por los usuarios-, para observar como es el tratamiento en el CR.
- Analizar cómo se vulnera la dignidad de usuarios en el tratamiento en el CR.

Estructura de la tesis

Los capítulos de los que se compone esta investigación, intentan ofrecer al lector de esta tesis una perspectiva crítica sobre la vulneración de la dignidad de usuarios de drogas en México, deteniéndose específicamente a observar el tratamiento ofrecido en los CR, y en el caso particular de un centro ubicado en las periferias del municipio de San Luis Potosí.

El capítulo I ofrecerá la perspectiva teórica sobre el tratamiento de usuarios de drogas. Tal capítulo incluirá una definición de usuario de drogas y del tratamiento para estos desde la perspectiva médica, y un esbozo sobre la importancia del sistema familiar en

⁸ Conviene señalar que esta historia versa sobre una persona con la que estuve en contacto en mis labores como acompañante terapéutico de usuarios de drogas. Este ejercicio se hizo bajo la supervisión del Psicólogo Juan David González, en el marco del Diplomado de Terapia Familiar Multidimensional impartido por personal de Centros de Integración Juvenil, con el aval de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en el ciclo escolar 2008-2009. No es en sí producto de un trabajo etnográfico realizado en el marco de la presente investigación como tal, sin embargo, presenta ciertos esbozos de tal técnica antropológica.

el uso de drogas; además se definirá lo que es un CR y su analogía con la institución total de Goffman. Es importante señalar que aun con todas las críticas que pueda suscitar el enfoque médico del consumo de drogas, el constructo teórico y práctico que han hecho sobre el tema puede servir de base para brindar un tratamiento digno a los usuarios.

El capítulo II acercará a quien lee al abordaje de la dignidad desde una perspectiva crítica y la pertinencia de este concepto en el contexto de los derechos humanos; de igual forma, describirá la importancia de abordar esta problemática en el tratamiento de usuarios. Con el método de la historización de los conceptos, desde la visión de Ignacio Ellacuría, se busca aportar un elemento importante para la construcción de una definición operativa de la dignidad, aplicada al tratamiento de este sujeto particular, que busque desideologizar el concepto para entender de una mejor manera lo que es la dignidad, y como puede ser esta aplicada al tratamiento de usuarios de drogas.

El capítulo III, aborda las leyes, tratados y normas que, desde lo internacional hasta lo local, dictan las directrices del respeto a los derechos de la persona que pierde su libertad para un tratamiento.

En el capítulo IV, se engloba el abordaje metodológico de esta investigación. Escuchar la voz del usuario en el CR, desde el mismo lugar de opresión, se convierte en un ejercicio vital en este apartado, que, a través del trabajo de campo, con diario, entrevistas y la observación participante, pretende recoger datos relevantes al respecto, que permitan evidenciar la vida diaria en el CR, descrita desde los mismos usuarios. La posición del investigador igualmente es analizada desde la perspectiva de subjetivación participativa, para entender su relación con lo investigado.

En el capítulo 5, se ofrecen las conclusiones de la presente investigación; estableciendo un diálogo entre los diferentes capítulos, autores y conceptos y los hallazgos la labor de campo etnográfica, se permite, a partir de este análisis, entender la manera en que se vulnera la dignidad del usuario en el CR, y se emiten igualmente críticas y recomendaciones sobre este tipo de tratamiento, para que este pueda llegar a ser digno.

CAPÍTULO I

CONCEPTOS SOBRE USUARIOS DE DROGAS Y TRATAMIENTO

1.1 Introducción: Mirada Panorámica al uso de drogas en México

En el marco del malestar social que se vive en el País, se puede hablar que se vive en un estado constante de violencia, o mejor dicho de “violencias [debido] a los múltiples ámbitos en que ellas se expresan.”⁹ Estas violencias han incidido sobre el tejido social de manera significativa, dañando estructuralmente el mismo. Una de las múltiples aristas de estas violencias es la relacionada con las drogas, su comercio, trasiego, consumo y tratamiento.

Estas violencias se han potenciado por diversas situaciones. Por ejemplo, el ataque frontal realizado por el Estado en contra del narcotráfico. La llamada “guerra contra las drogas ha dañado la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo.”¹⁰ Declarada hace dos administraciones por el gobierno mexicano como una forma de hacer frente a la problemática del narcotráfico y el consumo de drogas y los problemas que le acompañan, es una política que claramente ha fracasado, y que, presentada originalmente como una panacea, ha devenido en una solución iatrogénica, que, en lugar de curar, ha hecho más daño al ya de por sí lastimado tejido social de la nación.

Aunque el problema del consumo de sustancias no es algo nuevo en el escenario nacional, la categorización de problema de salud pública¹¹ que se le ha dado al consumo de drogas en este país -y en el mundo- es una señal de alarma que ha hecho necesario que se dirija la atención hacia esta población.

9 Rossana Reguillo, “De las violencias: caligrafía y gramática del horror”, *Desacatos*, núm. 40, (2012), p 37.

10 Opinión del doctor Chris Beyrer, de la Escuela de Salud Pública Bloomberg en el marco de un foro sobre políticas antinarcóticos en Nueva York, convocado por la Universidad Johns Hopkins y la revista Médica The Lancet, disponible en Revista La Jornada: David Brooks, “Piden expertos avanzar en la despenalización de narcóticos”, *La Jornada*, disponible en <https://goo.gl/mS8rol>, consultado el 25 de Noviembre de 2016.

11 Conadic, *Norma Oficial Mexicana: NOM-028-SSA2-2009*, México, IEPSA, 2009, p. 13 (en adelante *NOM-028-SSA2-2009*). Esta Normativa es la que rige actualmente en el territorio nacional en materia de tratamiento de adicciones.

La persona que consume drogas es vista desde lo común bajo una lente de “connotación moralista, sin validez ética -menos científica-, de colocar al adicto como un sujeto “malviviente”, “falto de carácter”, “mentiroso”, incluso “ladrón”.¹²

Según un informe especial sobre drogas y derechos humanos en la ciudad de México, datada del año 2013, de la asociación CUPIDH,¹³ “las personas usuarias de drogas se encuentran en una situación adversa por el estigma y los prejuicios que enfrentan, los cuales están vinculados a la percepción dominante en la sociedad que relaciona las drogas con la enfermedad, la adicción y/o la delincuencia.”¹⁴ Estigmatizados socialmente, los usuarios de drogas se enfrentan una y otra vez a esta dualidad que los ubica entre la enfermedad y la criminalidad.

Por si fuera poco, los tratamientos para abordar el consumo de sustancias se han visto rebasados ante la demanda de los mismos. Según Cárdenas, “la necesidad de estos servicios creció a un ritmo acelerado y no estábamos preparados para dar respuesta a las múltiples aristas y expresiones sociales que tiene el problema.”¹⁵ La estigmatización que sufren como una constante por un lado, y la falta de servicios adecuados para enfrentar la problemática por el otro, han hecho de esta población un sector vulnerable.

Y evidentemente esta falta de preparación por parte del Estado y de la sociedad en general, ha afectado a las personas consumidoras de drogas, que se cuentan por más de 550

12 Otoniel Cárdenas., “Tratamiento residencial de la farmacodependencia”, en Lino Díaz-Barriga y Eduardo Riquelme (comps.), *Enfoques de tratamiento de adicciones en México, México*, CII, 2002, p. 223.

13 Siglas del Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas A.C. CUPIDH es una asociación civil que pugna por la transversalización de la perspectiva de derechos humanos en las políticas y cultura sobre el consumo de drogas en México.

14 Cupidh, “Drogas y derechos humanos en la Ciudad de México (Informe especial 2012~2013)”, <https://goo.gl/NsiSme>, consultado el 22 de febrero de 2017.

15 O. Cárdenas, *op. cit.*, p. 223.

mil en México¹⁶ -sólo en el caso de dependientes- por sólo 43 centros públicos de atención profesional de adicciones a nivel nacional.¹⁷

Toda esta situación ha favorecido el surgimiento de instituciones que, desde la sociedad civil, ofrecen tratamientos que en muchas ocasiones distan de ser los adecuados para tratar esta problemática; estos lugares conocidos como Centros de Rehabilitación (CR) o anexos, es desde donde se hace la presente investigación para examinar las condiciones y características de los tratamientos desde la perspectiva de los usuarios de drogas.

1.2. Usuario de drogas: Definición desde la perspectiva médica

La medicina ha sido una de las profesiones que más se ha acercado a observar y elaborar todo un constructo con respecto al usuario de drogas. De hecho, esta disciplina a través de la Psiquiatría, ha elaborado toda una tipología del usuario.

Para la presente investigación se utilizarán algunos conceptos contruidos desde esta perspectiva para definir al usuario de drogas, apoyados principalmente para esto en el DSM IV y la NOM-028, ya que son manuales -sobre psiquiatría el primero y de normatividad el segundo- que brindan una perspectiva más o menos clara de lo que es un usuario de drogas, sus vicisitudes y las expectativas de tratamiento efectivo.

Desde una perspectiva de salud y normativa, se habla del usuario de drogas como de alguien “que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.”¹⁸ Es decir, que la persona use drogas en cualquier nivel de consumo, y que se haga patente la necesidad de un servicio de salud para mejorar su situación.

16 Datos de Centro nacional contra las adicciones (Cenadic) citados en Carlos Zamudio et. al., *Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México*, Cuadernos-Cupidh 8, 2015, p. 10.

17 *Loc. cit.*

18 *NOM-028-SSA2-2009*, p. 24. El concepto sustancias psicotrópicas se entiende como sinónimo de sustancias psicoactivas o drogas.

Según el grado de consumo de drogas o sustancias psicoactivas, la persona usuaria de las mismas, puede ser clasificada en tres grandes rubros, siendo estas categorías las de uso, abuso y dependencia, siendo de estas tres, la última a la que se conoce como drogadicción en sí, estando catalogada esta como una enfermedad crónica, con constante riesgo de reincidencias en el consumo.

El uso de drogas, sean legales o no, no crea gran problema, ya que su uso queda sólo en eso, en un uso a nivel recreativo o social. Las categorías de abuso y dependencia ya serán abordadas de manera diferente desde la medicina, sobre todo cuando ya se manifiestan como ~~trastornos~~ ¹⁹.

El abuso de drogas²⁰ se caracteriza por un consumo recurrente de sustancias, incumpliendo obligaciones o poniéndose en riesgo físicamente; frecuentemente ya se ha tenido problemas legales por este consumo, y aun así se continúa haciéndolo a pesar de los problemas que acarrea. Este abuso puede considerarse como una fase intermedia entre el uso de drogas y la dependencia en sí.

La dependencia de sustancias psicoactivas o drogas se entiende como “el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.”²¹

Cuando un usuario de drogas manifiesta algunos de estos síntomas relacionados con abuso y/o dependencia de las mismas, se hace patente la necesidad de tratamiento para su recuperación o rehabilitación.

¹⁹ *Sous ratoure* o subrayado, que se usa para indicar la no adherencia del autor de la investigación con este concepto médico. El concepto médico “~~trastorno~~” se refiere al conjunto de signos y síntomas que caracterizan a una enfermedad.

²⁰ American Psychiatry Association, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014.

²¹ *NOM-028-SSA2-2009*, p 16.

Como se ha observado, abuso y dependencia son niveles de uso de drogas que son particularmente problemáticos sobre todo cuando ya hay existencia de trastornos asociados con su consumo. La psiquiatría señala que para que un usuario de drogas manifieste un ~~trastorno~~ por abuso de sustancias, se deben cumplir ciertos criterios:

- La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.
- El consumo recurrente puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.
- La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.
- [se desarrolla] La tolerancia... [o hay un] ... aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual.
- [se desarrolla] La abstinencia...es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia.²²

Como se observa, en esta definición psiquiátrica de ~~trastorno~~ por abuso de sustancias, se está hablando de la categoría de dependencia, aunque hay igualmente rasgos de abuso en la misma. Abstinencia y tolerancia son dos de los principales signos de que se tiene problemas en el uso compulsivo de alguna droga.

Además de lo anterior, quien consume drogas a nivel de abuso o dependencia puede ser diagnosticado con un ~~trastorno~~ mental, el cual puede ser definido como:

22 American Psychiatry Association, *op. cit.*, pp. 483-484.

[...] un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.²³

Estos ~~trastornos~~ –tanto por abuso de sustancias como mental- pueden ser incapacitantes en casi todas las áreas de la vida del usuario de drogas. Estos son categorizados según su grado de gravedad a su vez como leves, moderados o graves,²⁴ lo cual, desde una perspectiva médica, justifica una atención o intervención urgente.

Es común encontrar en el usuario a este nivel, -abuso o dependencia-, ~~trastornos~~ mentales y de abuso de sustancias al mismo tiempo, siendo conocido este fenómeno como comorbilidad o patología dual, la cual se entiende como “la existencia simultánea de un ~~trastorno~~ adictivo y al menos otro ~~trastorno~~ mental.”²⁵

La importancia de saber de esta llamada patología dual radica en que “afecta la calidad de vida de las personas que los padecen y representa cargas emocionales y financieras tanto a la familia, la sociedad y los países.”²⁶ O sea, potencia el daño provocado por el consumo compulsivo de sustancias.

El abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, combinado con un trastorno mental produce una patología dual. La recuperación o rehabilitación de tal complicación no es labor sencilla, sobre todo cuando no se tiene pleno consenso en lo que implican estos conceptos.

23 *Ibid.*, p. 20.

24 *Ibid.*, p. 484.

25 Miguel del Nogal Tomé, *Patología dual*, España, Síntesis, 2015, p. 13.

26 Miriam García Estrada, Robert Mann, *et. al.* Robert, “Comorbilidad entre el distrés psicológico y abuso/dependencia de drogas, ciudad de Guatemala”, *Enfermagem*, 2012, vol. 21, p. 125, disponible en <https://goo.gl/MSjUDI>, consultado el 13 de Julio de 2016.

En el caso de la recuperación, esta es entendida como “el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.”²⁷ O sea, que la persona debe dejar de consumir por completo la droga para tener mejorías significativas en su vida. Sin embargo, la abstinencia no puede ni debe ser la única opción para estas personas.

Existe por otro lado el concepto de la rehabilitación, el cual “forma parte de cualquier programa terapéutico”²⁸ de atención a usuarios de drogas, -o al menos debería de serlo-, y es “el proceso por el cual un individuo que presenta ~~trastornos~~ trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social”²⁹. En síntesis, una mejoría en la esfera biopsicosocial, que no remita sólo a la abstinencia de consumo.

Un punto negativo con este concepto puede ser que “es una meta que presenta múltiples vicisitudes por la falta de una definición clara y precisa de sus alcances y por las dificultades que se presentan en el ejercicio práctico de sus objetivos.”³⁰ El alcance de la mejoría biopsicosocial representa una meta compleja, por lo cual la rehabilitación se torna igual.

Se entiende pues que el ideal del tratamiento no puede ser sólo la recuperación, sino que se debe buscar la rehabilitación, sobre todo cuando se entiende de manera clara lo que significa esta última. Sin embargo, se debe reconocer que hay personas que necesitan de dejar el consumo por completo -abstinencia-, por ejemplo, en una persona con enfisema pulmonar y que aún siga fumando o alguien con ulcera gástrica y que siga bebiendo alcohol.

En resumen, aunque ambos conceptos se complementan, tienen el potencial de ser más concretos para entender tanto uno como el otro. El imperativo esencial de dejar de consumir en el caso de la recuperación, y lo vago en la definición de la rehabilitación, pueden producir confusión al momento de una intervención o tratamiento, al no tener claro

27 *NOM-028-SSA2-2009*, p. 22.

28 Elsy Quijano, “La comunidad terapéutica en la atención ambulatoria”, en Lino Díaz-Barriga y Eduardo Riquelme (comps.), *Enfoques de tratamiento de adicciones en México*, México, CIJ, 2002, p. 232.

29 *Ibid.*, p. 23.

30 E. Quijano, *op. cit.*, p. 232.

cuál es la intención de cada uno. Respecto de este punto se ahondará más en el tema de tratamiento y en el análisis de la realidad del CR con el fin de entender los alcances y límites que ofrece cada propuesta.

El usuario de drogas no es un sujeto que esté varado en el espacio, que venga de una asepsia existencial, por así decirlo. Un elemento esencial sin el cual no puede entenderse es la familia; la importancia de esta en el proceso de uso de drogas y el tratamiento se abordará de forma breve, pero sustancial, en el siguiente apartado.

1.2.1 Usuario de drogas y familia

Para este apartado se tomará en cuenta de manera concisa algunos aportes desde la terapia familiar, específicamente del enfoque sistémico, un área de abordaje o tratamiento para familias de consumidores de drogas, que ha investigado mucho al respecto, para entender la importancia de la relación familia-usuario de sustancias.

Con todas las vicisitudes y crisis contractuales, la familia sigue siendo un pilar de la sociedad, sobre el que se pueden cimentar buenas prácticas:

La familia está considerada como el grupo básico de la sociedad, es una institución que encontramos en todas las culturas siendo la estructura comunitaria que se ha mantenido más estable hasta nuestros días. La célula familiar es un almacén económico, afectivo, educativo y social. El proceso de pertenencia familiar es determinante para el individuo en la evolución de la estructura de su personalidad³¹.

Esta importante influencia sobre la personalidad del individuo puede potenciar conductas sanas o autodestructivas; cuando esta influencia se da de manera negativa, puede llegar a provocar una sintomatología que lleve al consumo de drogas.

31 J.A. Abeijón, “El pensamiento sistémico en una comunidad terapéutica”, en J. A. Abeijón y L. Pantoja (edits.), *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro, avances en drogodependencias*, Bilbao, España, Deusto, 2002, p. 120.

Cancrini señalaba que “en el estudio del abuso de drogas se ha tendido a pasar por alto o desconocer el grado en que los usuarios de drogas crónicas se relacionan con la gente que los crio”³² y la influencia que tiene la familia para con el consumo.

Es sabido que existe “una conexión significativa entre el consumo de droga y las dinámicas familiares de los toxicodependientes”³³. Esta afirmación se puede hacer extensiva a usuarios de drogas en general, acentuando sobre todo a los que consumen a grados de abuso y dependencia obviamente.

La familia juega un papel crucial en la dinámica del usuario de drogas, forma parte estructural del proceso, ya sea facilitando conductas de consumo o potenciando el mismo de diversas formas. Es también el primer círculo que vive directamente el impacto por el uso o abuso en el consumo es precisamente esta. Los usuarios que abusan de las drogas se convierten en “prisioneros de conductas destructoras que sufren y hacen sufrir a los que les rodean.”³⁴

Hay variadas hipótesis sobre la manera en que la familia influye en el consumo de drogas; sin embargo, es la relación en muchas ocasiones simbiótica con alguna figura de la familia, la que termina estimulando el proceso de consumo problemático de drogas y “a pesar de sus alardes de independencia, la mayoría de los adictos, mantienen estrechos lazos familiares.”³⁵ Y esta estrechez es la que precisamente no permite que la persona pueda trascender y concientizar su problema en el abuso de sustancias.

Por otro lado, es la familia quien suele buscar la ayuda para el consumidor problemático de drogas:

“El internamiento del paciente usuario de sustancias representa la solución inmediata y anhelada para los familiares. Ellos, desde su fantasía, le otorgan amplia credibilidad porque asumen que “internar” produce un “alejamiento de la droga”. Si bien es cierto que muchos centros de tratamiento residencial trabajan bajo una

32 M. Duncan Stanton, Thomas C. Todd y cols, *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, Barcelona, Gedisa, 1999, p. 27.

33 Mauricio Coletti, “Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias”, en *Perspectivas Sistémicas*, 1990, disponible en <http://www.redsistemica.com.ar/>, sumario: año 3 #14, consultado el 6 de Julio de 2016.

34 Jean Adés y Michel Lejoyeux, *Las nuevas adicciones*, Barcelona, Kairós, 2001, p. 12.

35 M. Stanton, *op. cit.* p. 27.

filosofía libre de drogas, no es ese alejamiento de las sustancias lo que hace que tras la salida del paciente del internamiento, éste pueda, entre otras cosas, mantenerse en abstinencia”³⁶

La familia piensa que mágicamente al ingresar al usuario en un lugar “especializado”, este dejará de consumir, o sea se podrá mantener en abstinencia una vez que egrese del mismo.

Es aquí donde se acentuará en esta investigación la importancia de la familia en el proceso de tratamiento por uso de drogas, ya que esta idea de que internamiento es igual a recuperación/rehabilitación, hace que se interne al usuario con o sin su voluntad, -sin que ninguna de las condiciones anteriores atenúe la realidad de que la persona perderá la libertad por el espacio de tiempo que durará su tratamiento-, so pretexto de una enfermedad, lo que pone en situación vulnerable al usuario de drogas.

Para entender mejor esta relación familia/usuario/tratamiento, es menester primero entender las características esenciales de un tratamiento, lo cual se hará a continuación.

1.3 Tratamiento para usuarios

Existen múltiples factores que afectan al individuo, a su salud física, y psicológica, pero también a su alrededor, la familia, el trabajo, la escuela, en fin, al entorno biopsicosocial³⁷ y hasta espiritual del sujeto; todas estas facetas de la vida del usuario de drogas forman parte de la dinámica conflictiva, y las vías de solución deben igualmente estar en sincronía para su rehabilitación o recuperación.

Tratar las múltiples aristas que tiene la problemática de quien consume drogas no es cosa fácil de abordar: “Un problema complejo y multifactorial como el uso de drogas requiere estrategias también complejas para abordarlo.”³⁸

Siguiendo en esta idea de la complejidad del tratamiento, se sabe que “El conjunto de estrategias terapéuticas implementadas en el dominio de las adicciones se compone por

³⁶ E. Quijano, *op. cit.*, p. 233.

³⁷ Este concepto se refiere a que cualquier enfermedad está compuesta por estas tres categorías, y estas deben ser tomadas en cuenta en el proceso hacia la salud.

³⁸ Jorge Villatoro, Elena Medina-Mora *et al*, “El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011”, *Salud Mental*, 2012, núm. 6, pp. 448.

un universo complejo y diverso en el que confluyen diferentes perspectivas teóricas e ideológicas orientadas a modificar el consumo de drogas.”³⁹ Estrategias complejas que se van adaptando a la idea modificar la manera en que se hace uso de las drogas.

La necesidad de tratamiento para personas con ~~trastornos~~ trastornos mentales -entendiendo que las personas con abuso o dependencia son proclives por la comorbilidad a esta categoría-, parte de “una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado [...], el sufrimiento del paciente (dolor mental) asociado al síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles, y otros factores [...]”.⁴⁰

Es importante recalcar que se toma en cuenta el dolor del paciente y la discapacidad que genera el síntoma según su gravedad, -en este caso, el síntoma sería el consumo excesivo de sustancias-, además que se analiza la factibilidad de los tratamientos existentes, y que este no se convierta en un elemento iatrogénico, o sea que buscando un bienestar para la persona, se cause un mal.

Según la NOM-028, se entiende que el tratamiento para usuarios de drogas es un:

[...] conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.⁴¹

Conviene señalar que esta definición, hecha desde la perspectiva del modelo profesional médico de atención a las adicciones, abarca el ideal del tratamiento. Este es necesario cuando se ha roto el equilibrio del entorno biopsicosocial del usuario, que sufre ya sea por los efectos de la droga, o por algún otro malestar emocional y/o mental que le

39 Silvana L. Garbi, María Touris, *et al*, “Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas,” *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, vol. 17, núm. 7, julio, 2012, p. 1866.

40 American Psychiatry Association, *op. cit.*, p. 20.

41 *NOM-028-SSA2-2009*, p.38.

lleva a consumir. La recuperación y/o rehabilitación entran nuevamente en escena como posibilidades de bienestar para el usuario de drogas.

Los tratamientos disponibles pueden variar, pero la atención a la complejidad del problema es esencial si lo que se busca es el bienestar o equilibrio en la vida del usuario; entender la amplia gama de factores que intervienen para que una persona dependa de las drogas y los problemas que esta dependencia acarrea a su entorno, debe ser foco de atención en un tratamiento. En este sentido, el apego a principios éticos y científicos, pueden ayudar a que este tratamiento se efectúe de una manera más efectiva.

Estos servicios de atención o tratamiento por uso, abuso o dependencia de sustancias, pueden ser otorgados por establecimientos especializados en adicciones⁴², ya sean instancias de salud del Estado o por instituciones de la sociedad civil especializadas en el tema del consumo de drogas, y pueden ir desde la prevención, pasando por la consejería, la orientación psicológica, intervenciones ambulatorias, hasta el tratamiento residencial y la asistencia en crisis o emergencias médico psiquiátricas.

1.3.1. Principales modelos de tratamiento

Existen diversas metodologías del abordaje para usuarios de drogas: “En términos generales estos pueden clasificarse en terapia individual o grupal con profesionales de salud, médicos o psicológicos. También existen grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, grupos religiosos (basados en la fe) y grupos de ayuda mutua.”⁴³ Este primer acercamiento a lo que es un tratamiento ya dibuja un esbozo de la dualidad autoayuda-profesional, que delimita las intervenciones más comunes para este padecimiento.

En algunos de estos modelos de tratamiento predomina una tendencia prohibicionista, en el cual se busca la abstinencia total de consumo de sustancias. Este

42 Denominados así en la *NOM-028-SSA2-2009*.

43 José Luis García Hernández, “Actualidades del fenómeno de las adicciones: información contextual básica para la comprensión de la problemática de las adicciones desde la perspectiva psicosocial”, en Cesar Augusto Carrascosa Venegas (coord.), *Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México*, Conaculta, 2013, p. 55

enfoque puede ser reduccionista psicológicamente hablando ya que “Si los tratamientos de droga sólo responden al hecho de que consumir drogas es malo, en cierto modo restringen la dimensión del decir del paciente, obscureciendo su posición subjetiva y evitando un posible conflicto entre el deseo del paciente y la deseabilidad social.”⁴⁴ Lacónicamente hablando, lo convierten en un a-dicto⁴⁵, en alguien que su decir está escindido de su pensar, y quien sufre doblemente: por el consumo excesivo, y por el estigma que conlleva el consumo.

Aunado a esto “si bien en un momento dado definir la abstinencia como objetivo terapéutico puede ser una oferta adecuada, la estructuración de la asistencia bajo un modelo de abstinencia, tal y como ha sucedido mucho tiempo, puede ser ineficaz”,⁴⁶ y por ende, contraproducente para la salud del individuo.

Aun y cuando es una de las opciones más extendidas, -y en ocasiones controversial-, no es la única. Sin embargo, esto no quiere decir que la abstinencia no sea efectiva, sobre todo en los casos en los que ya se ha alcanzado el nivel de abuso o dependencia de sustancias, y hay algún ~~trastorno~~ trastorno asociado a tal condición, o detrimento significativo de la salud física del sujeto.

La experiencia en el tratamiento por consumo de drogas señala que el tratamiento enfocado en reducir daños, potencia el proceso de recuperación: la “reducción del daño, es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia.”⁴⁷

Este enfoque de tratamiento no se empeña en que la persona deje el consumo, sino más bien en trabajar todas las posibles de fuentes estrés y checar los soportes con que

44 Tomás Gaete, “Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos: El juicio psicológico” en *Revista de Psicología*, vol. XVI, núm. 2, (2007), pp. 53-77 Universidad de Chile Santiago, Chile.

45 Véase para saber más al respecto sobre este concepto el libro de la Dra. Mónica B. Aguirre de Kot, *Los adolescentes y el alcohol*, Buenos Aires, Limusa, 2006.

46 Salvador Rodríguez, “Programas de reducción de daños”, en Carlos J. Fernández (coord.), *Actas I jornadas psicología: Drogodependencia: prevención, diagnóstico y tratamiento*, 1996, pp. 59-67. P. 59.

47 NOM-028-SSA2-2009 p. 23.

cuenta el usuario, y apoyarle para que este reduzca, de ser posible, la cantidad o frecuencia de consumo, y si en el trayecto, se logra la abstinencia, mejor.

Tanto la perspectiva abstencionista como la de reducción de daños, puede ayudar a la persona que consume drogas a recuperarse, así como a rehabilitarse. Sin embargo, hay que insistir y dejar claro que rehabilitarse no es sólo dejar de consumir.

Por otro lado, existe actualmente un debate abierto con respecto a los enfoques de sanciones de justicia penal y el sanitario –criminalización y patologización- para la atención de los usuarios de drogas.

Mientras que el primero busca criminalizar y castigar, el segundo, se muestra como una opción tendiente a buscar una salida favorable al asunto; en el caso de los usuarios que abusan de la droga, el enfoque sanitario señala que se debe: “impartir educación, suministrar información fiable, proporcionar brevemente orientación con respecto a la motivación y el comportamiento y adoptar medidas para facilitar la reintegración social y reducir el aislamiento y la exclusión social [mientras que] en el caso de los drogodependientes, ese enfoque puede entrañar también un apoyo social más amplio y tratamiento farmacológico y psicosocial más específico, así como atención ulterior.”⁴⁸

Aunque este último enfoque, -el de orientación sanitaria-, ofrece una panorámica deseable con respecto a ofrecer pautas de solución al consumo nocivo de drogas, sigue viendo al usuario como un potencial enfermo. Sin embargo, ofrece principios para un tratamiento no coercitivo y apegado a derechos del usuario, pugnando por un tratamiento especializado de estas personas.

Puede haber tratamientos enfocados ya sea en la recuperación o en la rehabilitación, punitivos o sanitarios, lo importante es que estos se basen en respeto al individuo desde una perspectiva ética y científica. Tanto el enfoque prohibicionista, como el de reducción de daños, puede ayudar al usuario de drogas a trascender su problema en el uso compulsivo de las mismas.

48 Adrian Carter y Wayne Hall edits, *De la coerción a la cohesión: Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*, Nueva York, Naciones Unidas, 2012, p. 12.

De las modalidades existentes de tratamiento, es la residencial en modelo de ayuda mutua en la que se centrará a continuación este estudio, ya que es el tipo de lugar en el que se desarrolla la presente investigación. Por último, es pertinente señalar, -como un incentivo a la crítica que esta investigación busca hacer-, que los centros de rehabilitación o anexos suelen ser promotores de la abstinencia total del consumo de drogas.

1.3.2. Tratamiento en Centro de Rehabilitación (CR)

De entrada es conveniente comentar que el concepto Centro de Rehabilitación no aparece como tal en la normatividad, y su uso deriva de cómo se les conoce a este tipo de lugares coloquialmente; un CR puede ser definido como “una comunidad terapéutica con modalidad de tratamiento residencial.”⁴⁹

Según la normativa nacional, la comunidad terapéutica es “un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos a través de la modificación en el estilo de vida y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria. Puede ser operada por personal de adictos en recuperación, por profesionales o por personal mixto.”⁵⁰

En la definición puede entenderse que el CR es una comunidad terapéutica, con internamiento, y donde la ayuda mutua se convierte en un ejercicio fundamental entre pares que buscan recuperarse del consumo compulsivo de drogas, haciendo de la abstinencia el objetivo primordial.

La NOM-028 no usa el concepto Comunidad Terapéutica para referirse a los CR. Para esta, el tratamiento especializado en adicciones tiene dos modalidades que son residencial y no residencial.⁵¹ De estas, la residencial –que es la pertinente a la investigación- se subdivide a su vez en Profesional, mixta y de ayuda mutua, siendo esta última a la que se dirigirá la atención en este trabajo.

49 Andrea Borelli y Bismarck Pinto, “Modelo sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogodependencia ajayu”, *Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana San Pablo*, 2006, vol. 4, núm. 1, 2006, pp. 19-40.

50 NOM-028-SSA2-2009, p. 17.

51 *Ibid.*, p. 38.

En estos internamientos se debe ofrecer todo lo necesario para que el usuario de drogas acceda a un proceso de recuperación/rehabilitación adecuado. Según el Instituto nacional sobre abuso de drogas de los Estados Unidos, (NIDA por sus siglas en inglés):

Los tratamientos de internación o residenciales también pueden ser muy eficaces, especialmente para las personas con problemas más graves (incluyendo trastornos co-ocurrentes). Los centros residenciales terapéuticos licenciados ofrecen un cuidado estructurado e intenso las 24 horas del día, el que incluye alojamiento seguro y atención médica. Los centros terapéuticos residenciales pueden usar una variedad de enfoques terapéuticos, los que están generalmente dirigidos a ayudar a los pacientes vivir una vida sin drogas y sin crimen después del tratamiento.”⁵²

De lo anterior se desprende que los tratamientos efectivos son los que ponen especial énfasis en las necesidades de seguridad y la atención médica de la persona y un cuidado de 24 horas al usuario residente, a la par de que se reciba algún tipo de terapia –se infiere que de corte psicológico o de autoayuda y ayuda mutua- que ayude a recuperarse a dejar de consumir.

Cuando el NIDA habla de trastornos co-ocurrentes, se refiere a la comorbilidad o patología dual, ya definida con anterioridad. Además, hay que tomar en cuenta que:

“[...] diversas instituciones orientan sus tratamientos a que los usuarios/as de drogas institucionalizados (residentes) no sólo dejen de consumir, sino que produzcan transformaciones subjetivas a través de la adopción de nuevas prácticas, actitudes, emociones, significaciones que les permita adecuarse a la estructura de organización que imponen estas instituciones. Esta modificación del sujeto es condición necesaria para dejar el consumo”⁵³

La insistencia en dejar el consumo es en muchas ocasiones imperativo en los modelos residenciales o de internamiento para una transformación del usuario de drogas, pero estas transformaciones subjetivas son escasamente valoradas al momento de intervenir con los usuarios. Y la insistencia en el imperativo de dejar de consumir se convierte en el único objetivo de la intervención.

52 NIDA, “Enfoques de tratamiento para la drogadicción”, <https://goo.gl/8mggjl>, revisado el 18 de Marzo de 2017.

53 S. L. Garbi, *op. cit.*, p. 1866.

Como ya se señaló, el CR es una Comunidad Terapéutica donde parte del tratamiento consta de un elemento terapéutico importante: la ayuda mutua. Esta ayuda mutua tiene sus orígenes en otro abordaje, que es el de Alcohólicos Anónimos (AA), y consiste en un “modelo de salud, con especial relevancia del modelo de “iguales”, formado por personas que sufren la misma patología o conflicto. [...] Sus fortalezas se basan en el aprendizaje, el apoyo emocional, la participación y la autoestima, el poder solicitar cambios sociales y la capacidad para organizarse.”⁵⁴

De manera concreta, el CR con internamiento que compete a la presente investigación es el llamado modelo residencial de ayuda mutua ya descrito en la NOM-028. Como se señalaba anteriormente, este puede estar compuesto principalmente por personas que han padecido la misma problemática con el uso de drogas, y se han recuperado, ayudando para esto a su vez a otras personas trascender esta problemática. La atención médica, el cuidado de 24 hrs., y un abordaje terapéutico, forman parte de los elementos que se convierten en imperativo esencial para su buen funcionamiento.

1.4 La experiencia Goffman

Entender mejor como puede funcionar un CR se puede entender analógicamente con el modelo de atención psiquiátrica de los problemas mentales. Un gran estudioso de las interacciones cara a cara en los hospitales psiquiátricos lo fue sin duda el Doctor Erwing Goffman, quien trabajó estrechamente con la Asociación Norteamericana de Psiquiatría y Sociología de la cual fue presidente hasta antes de su muerte.

Sus estudios sobre las interacciones sociales en grupos reducidos son de gran trascendencia en el ámbito de la sociología. Participó de cerca en la dinámica diaria en una institución psiquiátrica, y encontró en la praxis directa, *vis a vis*, que: “[...] cualquier grupo de personas, -sean presos, integrantes de un grupo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados-, forma una vida propia que, mirada de cerca se hace significativa, razonable y normal.”⁵⁵

⁵⁴ Francisco Pascual, “Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia Adicciones”, en *Revista Adicciones*, vol. 27, núm. 4, 2015, p. 244.

⁵⁵ Erwing Goffman, *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrotu, 2001, p. 9.

Goffman juega un papel específico de testigo privilegiado de los rituales en una institución total (IT), y retrata precisamente, esa vida diaria normalizada de los sujetos escindidos de la sociedad por alguna condición médico-psiquiátrica y el cómo se relacionan con cuidadores y profesionales de la salud. Tomando como referencia el trabajo sociológico de este autor, es que se propone que el CR funciona de manera analógica a como lo hace la IT.

Este sociólogo define a la IT como un lugar que puede tener las siguientes características:⁵⁶

- Antagonismo personal/internos
- Barrera entre el yo y lo social
- Diseñada para personas incapaces de cuidarse por sí mismas y son una amenaza involuntaria para la sociedad.

La normalización de ciertas pautas de conducta en la interacción diaria con sus relaciones antagónicas entre cuidadores e internos, donde los primeros gozan de un status superior a los segundos, esa barrera entre el yo del interno y la realidad exterior o social, y la particular característica de ser personas incapaces de cuidarse por sí mismas amenazando la estabilidad social, es lo que define *grosso modo* a una IT.

El trabajo de campo de la presente investigación se ha hecho en un CR, por lo cual entender el funcionamiento de una IT se vuelve fundamental para quien investiga, para intentar explicar la lógica de funcionamiento del lugar, y entender de antemano las pautas interrelacionales que se pueden dar a su interior, y así abordar de mejor manera la posición de investigador.

No se busca con esta propuesta de similitud prejuiciar o ir con una idea preconcebida a la labor de campo etnográfica, sino entender, que al menos hipotéticamente, existe analógicamente esta otra forma de entender el CR.

56 E. Goffman, *passim*.

1.5 Conclusiones

Teniendo en cuenta que el consumo de drogas es un problema de salud pública, el abordaje desde una perspectiva de salud puede abonar a encontrar insumos que permitan atender dignamente a estas poblaciones, cada vez más vulnerables. Por esto, tener en cuenta todo el constructo teórico y práctico desde esta perspectiva es importante para entender cuál puede ser el abordaje adecuado de tal situación.

En síntesis, el usuario de drogas es todo aquel sujeto que consume drogas, sin importar si lo hace a nivel de uso, abuso o dependencia.

Una persona tiene un problema en la forma de consumir drogas cuando manifiesta síntomas tales como tolerancia, abstinencia y un deterioro significativo en las diversas áreas de la vida, como lo son, la familia, lo social, la salud psicológica y física.

En este sentido, los usuarios en modalidad de abuso o dependencia requieren de una atención “urgente”, sobre todo si existe una comorbilidad o patología dual “~~trastorno~~ de abuso de sustancias/mental”, lo cual hace necesaria esta intervención de quien consume drogas; llegados a este punto, se hace necesario un tratamiento para su recuperación y/o rehabilitación, para que el usuario pueda recuperar su estabilidad.

Estos tratamientos se llevan a cabo normalmente en establecimientos especializados en el tratamiento de adicciones. El tratamiento que se brinde a los usuarios en internamiento o residencial, según la propuesta de salud, debe responder a una atención médica, terapéutica, intensiva de 24 horas, enfocada tanto en la recuperación como en la rehabilitación del mismo.

En el marco de la presente investigación se propone utilizar el término usuario de drogas, dada la inocuidad del concepto y porque permite que el sujeto de la investigación no se le discrimine.

Igualmente, se presupone un funcionamiento parecido entre la IT y el CR, para entender la lógica de funcionamiento de estos lugares.

Se presupone que el tratamiento que se brinde en estos lugares sea digno y apegado a derechos humanos. En el siguiente capítulo se aborda la manera en que esto puede llegar a ser posible, a partir de entender, por un lado, la relación entre los conceptos DH y dignidad, y por otro, buscando desideologizar el concepto dignidad y hacerlo concreto a la realidad que viven los usuarios en tratamiento en CR.

CAPÍTULO II

DIGNIDAD EN EL TRATAMIENTO DE USUARIOS DE DROGAS

2.1 Introducción

En el capítulo anterior se observó, desde una perspectiva de salud, la naturaleza del tratamiento de usuarios de drogas. Que este tratamiento se ofrezca dignamente, parte de principios éticos y científicos, que abonen a cuidar la integridad del individuo, y que atiendan la complejidad del uso compulsivo de drogas.

Sin embargo, estas palabras, que en abstracto se escuchan muy bien, en la realidad del tratamiento de usuarios de drogas, pueden resultar inoperantes.

No es labor sencilla intentar definir la dignidad. Es un elemento sustantivo en la defensa de los derechos humanos y forma parte de la mayoría de los tratados, convenciones y constituciones de todo el mundo. Igualmente, se tiene por algo propio de la naturaleza humana y que es universal.

Sin embargo, y aunque la dignidad existe positivada como tal en las normas jurídicas, en muchas ocasiones se convierte en un concepto abstracto, provisto de una vacuidad que no permite defenderle.

Por esta cuestión se hace necesario repensar el concepto dignidad en los derechos humanos en clave diferente, reflexionar y construir este concepto desde una perspectiva crítica, que sirva a comprenderlo en su praxis de manera concreta, y sobre sujetos específicos, además de entender la manera en que lo usamos en la actualidad.

Entendiendo que la presente investigación busca analizar la vulneración de la dignidad sucede en el tratamiento de usuarios en un CR, se propone hacer este análisis a través de la perspectiva crítica de DH.

Desde tal perspectiva, se buscará, apoyado -sobre todo, pero no únicamente- en el método de historización de los conceptos de Ignacio Ellacuría, crear una definición operativa del concepto dignidad que pueda ser aplicado al tratamiento de usuarios en CR, y así poder constatar si es que esta es vulnerada en el proceso de rehabilitación y cómo es que esto sucede.

Operativizar este concepto, o sea, hacerlo concreto a la realidad que viven las personas que son tratadas para superar problemas asociados al uso, abuso y dependencia de

sustancias psicoactivas o drogas, puede permitir entender la realidad de los usuarios y sus vivencias en el CR, abonando a una óptica crítica del tema en cuestión, y, tal vez, ayudando a vislumbrar vías alternas de solución del problema.

2.2 Breve historia del concepto dignidad⁵⁷

En su raíz etimológica, dignidad deviene de la palabra latina *dignitas*, la cual “es la forma abstracta del adjetivo *dignos* o *decnus*, que tiene la raíz sanscrita *dec*, al igual que el verbo *decet* y sus derivados *decor*, *decus*, *decorare*, que significan decoro, que es una cualidad superior, la excelencia.”⁵⁸

El concepto dignidad no es algo novedoso en el devenir de la humanidad, “existen sin duda, varias y variadas concepciones históricas en torno a la dignidad de los seres humanos”⁵⁹, y en buena parte de estas priva una idea jerárquica, o sea de que algunas personas tienen más dignidad que otros.

Por ejemplo, para los griegos, “la dignidad no se manifestaba de la misma forma en todos los individuos”, [...] Solamente atenienses de sexo masculino, hijos de atenienses y en perfecto gozo de sus libertades, poseían ciudadanía. [...] mujeres, esclavos y extranjeros no participaban de la vida pública.”⁶⁰ Estos últimos no eran dignos de ser personas o mejor dicho, no eran dignos de ciudadanía por considerarles en un nivel social jerárquico inferior.

Prosiguiendo de manera sintética con la visión de la dignidad a lo largo del tiempo, se tiene que esta postura jerárquica de la dignidad no ha cambiado mucho en el devenir de la humanidad:

⁵⁷ Esta breve historia ha sido tomada casi íntegra de la definición de dignidad de la persona humana de Rodrigo Goldschmidt, “Dignidade da pessoa humana”, en Antonio Sidécum, Antonio Carlos Wolkmer, *et al*, (orgs.), *Enciclopédia Latinoamericana dos direitos humanos*, Blumenau, Brasil, Nova Harmonía-Edifurb, 2016, pp. 171-179. Traducción propia.

⁵⁸ J.M. Parent, *La dignidad del ser humano, presupuesto bioético*, en Medicina y ética XI/1, 2000, p. 35, cit. por Francesc Torralba, *¿Qué es la dignidad humana?*, Barcelona, Herder, 2005, p. 88.

⁵⁹ Eusebio Fernández, “Dignidad y derechos humanos”, en Ramón Soriano, Carlos Alarcón *et al* (directs. y coords.), *Diccionario crítico de los derechos humanos I*, España, Universidad Internacional de Andalucía sede iberoamericana de la Rábida, p. 89.

⁶⁰ R. Goldschmidt, *op. cit.*, p. 171.

De hecho fue así en la antigua roma, entre patricios y plebeyos; en la edad media, entre señores feudales y siervos; y en la edad moderna, entre colonizadores y colonizados. En la época contemporánea, varias han sido las manifestaciones de esa concepción jerárquica de dignidad. Basta ver la idea de la supremacía de la raza blanca ariana, defendida por los nazis. También no pueden ser desconsideradas las intolerancias raciales y religiosas propagadas por todo el mundo y la pretendida hegemonía norteamericana sobre las demás naciones del mundo.⁶¹

O sea que la dignidad, ha sido en buena parte de la historia de la humanidad un concepto que designa cierto nivel de superioridad de unos sobre otros, a partir de determinadas características, en relaciones asimétricas de poder donde unos pocos ostentaban la categoría de ser dignos, y donde otros que no cumplieran con estas características, no lo eran.

Como puede observarse, en este breve esbozo sobre el uso del concepto dignidad en la historia, su uso es con la finalidad de marcar jerarquías sociales, y que unos seres eran más dignos que otros.

2.3 La visión moderna de la Dignidad

Es a partir del siglo XVIII, que este concepto va tomar un giro que va ubicar al ser humano como centro: “En el mundo moderno, la persona será centro del mundo -antropocentrismo- y estará además centrada en el mundo -secularización-. Estos dos rasgos históricos calificarán al concepto dignidad humana en la modernidad y favorecerán la aparición de los derechos.”⁶² Esta postura, ya habla de cierta inherencia de la dignidad por el sólo hecho de ser, a partir de este antropocentrismo y secularización, de ser centro y estar centrado en el mundo, y que la dignidad forma parte del ser humano, y no es sólo característica exclusiva de ciertos sujetos.

61 *Ibid.*, p. 172.

62 Gregorio Peces-Barba, Carlos Fernández *et al*, (auts.), *Textos básicos de derechos humanos. Con estudios generales y especiales y comentarios a cada texto nacional e internacional*, Navarra, Aranzadi, 2001, p 15.

Konninck hablando respecto del pensamiento Kantiano señala que “Todo ser humano, sea cual sea, posee una dignidad propia, inalienable, en el sentido inequívoco que Kant le dio a este término: aquello que está por encima de cualquier precio y que no admite equivalente alguno, pues no tiene un valor relativo sino absoluto.”⁶³ Para Kant, el hombre es un fin, y no un medio, tiene su valor en el sólo hecho de ser, o sea que su valía no tiene precio, y su valor es absoluto, no parte de relatividades o interpretaciones. La inherencia de la dignidad del ser humano, y la valía por existir va a caracterizar la idea moderna de la misma.

Como puede observarse hasta aquí, la visión moderna de los derechos humanos ve al ser humano como digno por el sólo hecho de ser, valioso sin tener un costo que se pueda medir, o sea invaluable. En la actualidad, la dignidad es el “Concepto central de la teoría y la práctica de los derechos humanos. Consiste en el reconocimiento del carácter sagrado e inviolable del ser humano en tanto sujeto moral dotado de razón y destinado a la libertad.”⁶⁴ Esta visión moderna reconoce la importancia del concepto en relación a los derechos humanos y la estrecha relación entre ambos; reconoce al ser humano como depositario de los mismos en tanto sujeto moral, racional, y libre.

Desde aquí se empieza a vislumbrar la estrecha relación entre dignidad y DH. Por otro lado, “Si se reconoce que toda persona es digna *per se*, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y promoción.”⁶⁵ Una forma de hacerlo se da a través de la positivización de la misma.

A continuación, se observará parte de esta positivización del concepto en un instrumento fundamental como lo es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH).

63 Thomas de Konninck, *De la dignidad humana*, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Dickinson, Madrid, 2008, p 11.

64 En Hernando Valencia Villa, *Diccionario espasa de derechos humanos*, Madrid, Espasa, 2003, v.s. DIGNIDAD HUMANA.

65 F. Torralba, *op.cit.*, p. 400.

2.3.1 Dignidad humana en la carta magna

En la modernidad, la dignidad se ha positivizado en diversos instrumentos, que representan igualmente la positivización de los DH y son un gran avance en materia del reconocimiento y defensa de los mismos: “Los primeros instrumentos jurídicos que pasaron a reconocer y regular la dignidad humana, fueron los tratados internacionales y las declaraciones de derechos.”⁶⁶ Es a partir de estos que se instaura la idea de dignidad en la letra de la ley.

El concepto de dignidad humana ha tenido distintas acepciones a lo largo de la historia, y como parte de esta evolución, hay que entender que “[...] la dignidad humana se ha construido en la historia de las ideas (con el humanismo en particular) pero su inclusión en los distintos órdenes jurídicos contemporáneos deriva del holocausto de la segunda guerra mundial.”⁶⁷

La carta magna de DH es tal vez la declaración más importante sobre los mismos en la actualidad. Es por esto que se toma como parámetro para entender el concepto dignidad en este tipo de instrumentos. La DUDH fue instaurada el 10 de diciembre de 1948, fue creada por la necesidad de evitar la repetición atrocidades como las sucedidas durante la segunda guerra mundial por parte del régimen Nazi, y como contrapeso para erradicar la idea de dignidad fundamentada en la raza aria, superior a las demás.

Como ya se ha señalado, la Dignidad es un elemento sustantivo en el discurso de los derechos humanos: la misma Carta Magna de los DH del '48, en su preámbulo considera que “la libertad y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad humana intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.”⁶⁸ Dignidad inherente por el sólo hecho de ser y pertenecer a la humanidad.

66 R. Goldschmidt, *op. cit.*, p. 176.

67 Antonio Pele, *La dignidad humana. Sus orígenes en el pensamiento clásico*, Madrid, Dykinson, 2010, p. 26.

68 Preámbulo de la declaración universal de los derechos humanos cit. En Juan Antonio Carrillo, *Dignidad frente a barbarie. La declaración universal de los derechos humanos 50 años después*, Madrid, Trotta, 1999, p. 147.

Esta carta, en su artículo primero señala que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”⁶⁹ Los ideales modernos de libertad, justicia, fraternidad, paz e igualdad, sintetizados en estos dos puntos citados, y armonizados a la idea de dignidad.

2.4 Derechos humanos, teoría crítica y dignidad

Pero esa dignidad no tiene nada
que ver con la dignidad de la “persona humana”.

Esa persona humana ideal, jamás ha oído hablar de ella.

Fanon en *Los condenados de la tierra*

Hasta aquí, se entiende que el concepto dignidad fue utilizado a lo largo de la historia en diversas sociedades para entender las jerarquías sociales, y que es a partir de la era moderna que se reconoce estrechamente relacionada con los derechos humanos, y que la dignidad es inherente a la naturaleza humana y que, a partir de la segunda guerra mundial, esta se ha positivizado en diversos tratados, leyes y constituciones alrededor del mundo, en un afán universalizador.

A continuación, se intentará pasar el concepto dignidad a través de un filtro crítico. Para esto, es necesario entender la relación del concepto DH con la dignidad humana. La estrecha relación entre ambos conceptos es fundamental para entender la importancia de la dignidad. Al respecto de los DH, Herrera Flores señalaba que:

“Los derechos humanos son un tema de alta complejidad. Por un lado, en ellos se da una confluencia entre elementos ideológicos y culturales. Por otro, su naturaleza normativa está estrechamente imbricada en la vida concreta de las personas. No podremos comprender de qué estamos hablando sin un análisis que no parta de dicha complejidad teórica y dicho compromiso humano.”⁷⁰

69 Luis Sánchez y Javier González, *Derechos Humanos. Textos internacionales*, Madrid, Tecnos, 2001, p 52.

70 Joaquín Herrera Flores, “Hacia una visión compleja de los derechos humanos”, en Joaquín Herrera Flores (edit.), *El vuelo de Anteo. Derechos humanos y crítica de la razón liberal*, Bilbao, España, Desclée Bower, 2000, p. 19.

Si bien los DH son un tema complejo, esto no quiere decir que no pueda ser analizado, sobre todo si este análisis se hace desde la teoría crítica de derechos humanos. Esta perspectiva crítica “trata de mirar y de situarse desde aquellos que son excluidos de los beneficios del sistema.”⁷¹

Así, poniéndose del lado de la persona que está siendo víctima de opresión, y desde esa posición situada, es que se piensa y repiensa los derechos. Es a través de esta lente que se pretende pasar el concepto dignidad propuesto en esta investigación, acompañar desde quien, -hipotéticamente-, está siendo oprimido en su dignidad.

Según Sánchez Rubio, -siguiendo éstas ideas de Helio Gallardo y reforzando la idea de una visión crítica de DH-, “Cuando se habla de derechos humanos [...] hay que relacionarlos con hacerle justicia al débil, al oprimido, pero entendida esta expresión como esfuerzo por no producirlos como tales, como débiles, a través de unas praxis producidas desde ellos, que intente superar las realidades negadoras de sus derechos.”⁷²

Aportar desde la labor de investigación con elementos que influyan positivamente en la realidad que viven cotidianamente las personas que ven vulnerados sus derechos, sin que estas sean victimizadas o re-victimizadas, tomando posición “desde la defensa del débil contra el fuerte,”⁷³ y buscando un horizonte emancipador, se convierte en tarea esencial.

Los derechos humanos tienen que ver con “abrir y consolidar espacios de libertad y dignidad humana,”⁷⁴ y a su vez “suponen como base la dignidad humana”,⁷⁵ o sea que están en intrínseca relación unos con otros, como correlativos esenciales.

Ahora, entender esta correlación desde una perspectiva crítica y propositiva, situada al lado de quien sufre la opresión, es la labor esencial de esta labor propuesta, partiendo de

71 Antonio Senent, *Problemas fundamentales de los derechos humanos desde el horizonte de la praxis*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2007, p. 33.

72 David Sánchez, *Encantos y desencantos de los derechos humanos: de emancipaciones, liberaciones y dominaciones*, Barcelona, Icaria, 2011, p. 89.

73 Ignacio Ellacuría, “Historización de los derechos humanos desde los pueblos oprimidos y las mayorías populares, p. 590, cit. por Juan Antonio Senent de Frutos, *Problemas fundamentales de los derechos humanos desde el horizonte de la praxis*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2007, p. 37.

74 D. Sánchez, *op. cit.*, p. 109.

75 Mauricio Beuchot, *Hermenéutica, analógica y derechos humanos*, San Luis Potosí, Cenejus-UASLP-Educación para las ciencias en Chiapas A.C., 2010. p. 58.

revisar la dignidad de manera concreta atendiendo las realidades socio-históricas de quien ve vulnerados sus derechos.

2.4.1 La dignidad desde una visión crítica

El ser humano debe luchar por las condiciones necesarias
para ejercer verdaderamente su dignidad.

Alejandro Rosillo Martínez.

¿Qué variables se urdimbran para que las personas puedan gozar de lo que se conoce como dignidad?, ¿se es más o menos digno dependiendo de las circunstancias?, ¿es la dignidad un sueño? Aunque pareciera más bien uno de tantos incumplimientos de la modernidad, se buscará responder a estas preguntas apegados a la realidad.

La dignidad es una posición ética que se decide y que se ejerce, y por la cual se lucha. No es solamente algo dado o inherente a los seres humanos, como muchas veces quiere darlo a entender el discurso moderno de los derechos humanos, o la parte positivada de los mismos en las leyes y tratados. Lo abstracto del concepto puede caer en banalizaciones del mismo, y en materia de derechos, esto dificulta su efectividad, e igualmente, el que esté positivado tampoco garantiza que se les pueda hacer efectivos.

Es común escuchar entrelazados los conceptos derechos humanos, dignidad e inherencia en una misma frase. La visión -y creación- occidental que se tiene de los derechos humanos hace pensar que se “los reclama innatos o naturales, propios de la especie y de cada individuo, y los justifica por la dignidad inherente a la condición humana.”⁷⁶ Esta visión de los derechos humanos tiene un carácter conservador con tintes iusnaturalistas, según David Sánchez Rubio, mientras que, en opinión del mismo autor, se debiese tomar una postura con tinte crítico y emancipador, en un afán de hacerlos efectivos. Los derechos humanos están en una intrínseca relación con la dignidad, siendo estos “sistemas de objetos (normas, instituciones, valores) y acciones (prácticas) que posibilitan la lucha por las distintas concepciones de dignidad humana que defiende cada colectivo,

⁷⁶ Helio Gallardo, *Teoría crítica: matriz y posibilidad de derechos humanos*, Murcia, David Sánchez Rubio, 2008, p. 5.

cultura, movimiento o grupo social.”⁷⁷ O sea que los derechos humanos posibilitan las condiciones para la dignidad de los seres humanos, e igualmente son una característica inherente de los mismos, la valía por el hecho de ser, pero esta dignidad es algo por lo que se debe luchar, a la vez que se debe exigir, visibilizar y contextualizar.

La mirada crítica que se pretende hacer sobre la dignidad en esta investigación debe ayudar a entenderla de manera concreta, comprendiendo que “la dignidad del ser humano no es un atributo abstracto, sino dinámico e histórico.”⁷⁸ No es sólo una idea que flote en el espacio, sino que debe aterrizar a una materialidad de la misma e incidir en la realidad cotidiana del oprimido.

Tanto la visión moderna, inherente y natural de la dignidad, como la enunciada en la carta magna y otros tantos instrumentos jurídicos, representan el triunfo de luchas históricas por la dignidad; la cuestión es que esas luchas se han descontextualizado, y esa pretendida universalidad de la dignidad no toma en cuenta a los sujetos y circunstancias específicas.

En este estudio se pretende utilizar una perspectiva crítica de DH, entendiendo la universalización de la dignidad desde sus respectivas luchas y colectivos, buscando hacerle justicia al oprimido, a quien padece el trato indigno. Un autor clave para entender los procesos de liberación de la opresión es Ignacio Ellacuría, de cuya teoría sobre DH se usará el método de la historización de los conceptos, para intentar darle vida concreta al concepto dignidad humana en relación a si existe o no vulneración de la misma en el tratamiento de usuarios de drogas en CR.

2.4.2 Historización en clave ellacuriana

Ignacio Ellacuría, jesuita y filósofo vasco radicado y asesinado en San Salvador, El Salvador, fue una persona congruente con su vida y obra, además de ser -en palabras de Dussel- “un vitalista convencido”,⁷⁹ un vitalista que defendía, - y defiende a través de su teoría-, la vida, fundamentado en la materialidad, en la parte material de la historia.

77 David Sánchez, *Repensar derechos humanos. De la anestesia a la sinestesia*, Sevilla, Mad, 2007, p 119.

78 Alejandro Rosillo Martínez, *Derechos humanos desde el pensamiento latinoamericano de liberación*, tesis, Universidad Carlos III, Getafe, 2011, p. 801.

79 Alejandro Rosillo Martínez, *Praxis de liberación y derechos humanos: una introducción al pensamiento de Ignacio Ellacuría*, UASLP-CEDH, San Luis Potosí, 2008, p. 137.

Para él, “un derecho es algo más que el mandato de la autoridad, [y son] momentos ideológicos de la praxis histórica de liberación;”⁸⁰ el derecho no es sólo la norma o quien la interpreta, sino que debe abonar a procesos sociales que produzcan personas libres.

Este autor crítico de DH, señala que se debe historizar los derechos humanos ya que en reiteradas ocasiones estos “pueden servir como una máscara para tapar las violaciones de los derechos más básicos vinculados por las condiciones de existencia.”⁸¹

La historización que propone no es sólo revisión histórica unilineal de los sucesos, -como sucede en la visión generacional de los derechos humanos- sino más bien una tendiente a desideologizar los conceptos, aterrizándolos a las realidades pertinentes. En este sentido, dice que la “ideologización de los conceptos es el principal error, de ahí que [...] se deban historizar, procurando la actualización y su desfundamentalización.”⁸² En el mismo sentido señala que “al hablarse de los derechos humanos en una situación determinada, debe historizarse el concepto para no caer en trampas ideológicas.”⁸³ Hay que observar y analizar qué es lo que sucede en estas realidades específicas, como se vulneran o invisibilizan, y como esto puede ser cambiado:

“[...] es menester historizar la estructura formal de los derechos humanos, lo cual implica, en primer lugar, verificar históricamente qué resultados ha ocasionado su formulación y su propaganda entre las mayorías, esto es, en la humanidad concreta; implica, en segundo lugar, el buscar históricamente aquel proceso que realmente lleve a las mayorías a ser protagonistas y propietarios de la realidad histórica, lo cual generaría todo un mundo nuevo de valores y derechos.”⁸⁴

80 *Ibid.*, p. 134.

81 D. Sánchez, *op. cit.*, p. 88.

82 Rita Angélica Zárate Madrid, “La pertinencia del método de historización en las teorías feministas decoloniales”, en Alejandro Rosillo Martínez y Ramón Pérez (coords.), *Historizar la justicia: estudios sobre el pensamiento de Ignacio Ellacuría*, San Luis Potosí, México: UASLP, p. 232.

83 Ignacio Ellacuría, *La lucha por la justicia: selección de textos de Ignacio Ellacuría (1969-1989)*, comp. Juan Antonio Senent, Bilbao, Deusto digital, 2012, p. 365.

84 *Ibid.* p. 295

Este método invita a criticar el *statu quo* de los DH, e incita a buscar las maneras de hacerlos efectivos en la realidad, y darle características concretas a este concepto, tal como señala Herrera en referencia al método Ellacuriano: “la historización de los derechos humanos (y de todos los conceptos históricos) vista desde los pueblos oprimidos y desde las mayorías populares es la forma adecuada de alcanzar una universalización histórica de los mismos.⁸⁵ Una universalización que no sea abstracta, que tome una posición desde los oprimidos, y no desde quien detenta el poder, en pos de una auténtica universalización de los DH, que respete las realidades específicas y busque un camino de emancipación.

“Esta historización lo que va buscando es delimitar un criterio de conocimiento, lo que podríamos llamar un criterio de verdad sobre los derechos humanos en la puesta en relación de los mismos con los sujetos del proceso social a los que van destinados, supuestamente, a proteger”;⁸⁶ no habla de una realidad abstracta, sino centrada en la realidad material de los sujetos que están siendo vulnerados y que abone a encontrar la verdad de este proceso social.

Senent de Frutos, parafraseando a Ellacuría, señala que “este método podía ser aplicado de modo general a otros conceptos que cumplen una función social ideológica,”⁸⁷ o sea que el concepto dignidad es proclive a ser historizado a la luz de este método, para hacerlo operativo, con potencial para incidir en un cambio social en pro del sujeto oprimido. Siguiendo con Senent hablando sobre el método Ellacuriano, señala que “los conceptos pueden considerarse como realidades ideológicas concretas,”⁸⁸ de ahí la importancia señalada de desideologizar.

85 Sajid A. Herrera, “Aproximación al método de historización de Ignacio Ellacuría”, en UCA (edits.), Primer encuentro latinoamericano de filosofía: Para una filosofía liberadora, 11-15 de noviembre de 1994, v. 11, San Salvador, UCA, 1995, p. 37.

86 Juan Antonio Senent de Frutos, *Problemas fundamentales de los derechos humanos desde el horizonte de la praxis*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2007, p. 36.

87 Juan Antonio Senent de Frutos, *Ellacuría y los derechos humanos*, España, Desclée Bower, 2007, p. 150, n.175.

88 *Ibid.*, p. 134.

2.4.3 El método

Este método consiste en una serie de prerrogativas que pueden llevar a crear una definición operativa del concepto histórico a analizar, y puede sintetizarse en los siguientes puntos:

En la verificación praxica de la verdad-falsedad, justicia-injusticia, ajuste-desajuste que se da en el derecho proclamado; b) en la constatación de si el derecho proclamado sirve para la seguridad de unos pocos y deja de ser efectivo para la mayoría; c) en el exámen de las condiciones reales, sin las cuales no tienen posibilidad de realidad los propósitos intencionales; d) en la desideologización de los planteamientos idealistas, que en vez de animar a los cambios sustanciales, exigibles para el cumplimiento efectivo del derecho y no sólo para la afirmación de su posibilidad o desiderabilidad, se convierten en obstáculos de los mismos; e) en la introducción de la dimensión tiempo para poder cuantificar y verificar cuándo las proclamaciones ideales se pueden convertir en realidades a alcanzar, al menos, cierto grado aceptable de realización.⁸⁹

Parafraseando a Senent, la aplicación de este método de historización de los conceptos aplicado a los derechos humanos consiste en un proceso de desideologización, verificación y realización de los mismos. Aplicado al concepto dignidad, puede cumplir la misma función.

2.5 Definición operativa

2.5.1 La normativa: derecho proclamado/principio positivado

La normativa que ofrece los lineamientos del tratamiento en CR en México es la NOM-028. Esta regulación está encargada de los servicios de prevención, tratamiento y control de problemas asociados al consumo de drogas, y es desde donde se partirá para intentar entender lo que Ellacuría llama “derecho proclamado”; aunque hay otros tratados nacionales e internacionales que abordan en leyes el ideal del tratamiento como tal, -y los cuales serán revisados en el capítulo 3-, la NOM-028 es la normativa específica por la que

⁸⁹ *Ibid*, p. 162.

se rigen los CR en el territorio nacional, y sus principios, de observancia obligatoria en el mismo.

Esta normativa señala en el punto 9.2.2.4.4, que durante la estancia en el CR “No deben ser utilizados procedimientos que atenten contra la dignidad, así como la integridad física y mental del usuario.”⁹⁰ Este punto, que aparece en el apartado sobre tratamiento bajo la modalidad residencial en los establecimientos de ayuda mutua, a los cuales corresponden los CR, es lo más cercano a un derecho que aborde la dignidad en el tratamiento en estos lugares, siendo más que un derecho proclamado, un principio positivado.

Conviene señalar que, de entrada, esta normatividad no es ley, -la 028- cuando debiera serlo, y habla de dignidad, en el punto ya citado, cuando no define bien a bien lo que es esta, además, la separa de la integridad física y mental, como si fueran cosas a parte. La dignidad es una condición inherente a lo humano, cuerpo y mente igualmente los son. Si la dignidad se encuentra positivada en este instrumento y no es ley aun, ya desde ahí se estaría vulnerando la dignidad del usuario.

Existe en el escenario local, una Ley para la prevención, tratamiento y control de las adicciones para el Estado de San Luis Potosí, del año 2011, la cual recoge buena parte de los lineamientos de la NOM-028; entre otras tantas concomitancias, se observa en su artículo 19, citado casi textual lo referente a la dignidad: “Los procedimientos de tratamiento y rehabilitación que ejecuten los centros de Tratamiento y Rehabilitación, no deberán atentar contra la dignidad, así como la integridad física y mental del usuario”⁹¹; como se puede ver, hasta incluye la separación entre los elementos dignidad e integridad física y mental. Este artículo positivado en tal ley estatal debe ayudar a que la realidad del tratamiento en el CR sea digna.

Este principio de la dignidad en el tratamiento, se encuentra positivado tanto en la norma federal como en la ley estatal, y no ocupa un lugar principal o central, más bien está –en la NOM-028 ocupa el lugar 9.2.2.4.4 y en la Ley estatal en el artículo 19- en un lugar secundario. Pero este apunte somero no es lo importante, sino que mientras no surta efecto

90 *NOM-028-SSA2-2009*, punto 9.2.2.4.4.

⁹¹ Ley para la prevención, tratamiento y control de las adicciones para el Estado de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México, art. 19.

en la realidad del usuario de drogas, se convierte en letra muerta, y abona a vulnerar la dignidad del usuario de drogas.

2.5.2 Usuario de drogas: una mayoría oprimida

¿Dónde empieza, pues, la enfermedad?

Allí donde se acaba la libertad de escoger,

allí donde se instala la adicción, que es lo contrario de la libertad.

Jean Adès-Michel Lejoyeux.

Consumidor, toxico-dependiente, vicioso, farmacodependiente son conceptos que han buscado definir a quien usa drogas. Es muy común también usar las palabras drogadicto o adicto para definir a tal sujeto, siendo que la palabra usuario, parece ser la más adecuada para hablar de este, ya que favorece la no discriminación y tiene cierta inocuidad, a diferencia, por ejemplo, de *Addictus*, vocablo latín de donde se desprende la palabra adicción y adicto, que en su etimología refiere a ser esclavo de algo⁹², lo cual, connota, cierto grado de estigmatización.

Ante el imaginario colectivo quien usa drogas cumple una función social, o mejor dicho, “El sujeto de la adicción es un rol social”,⁹³ que sin importar si cumple o no los criterios de dependencia, sólo que consume drogas, es clasificado como adicto. Este rol social de “adicto” a su vez sostiene una dualidad muchas veces insoportable entre delincuente y enfermo: “La trayectoria histórica del adicto en México ha estado marcada por una yuxtaposición con el criminal y con el enfermo mental,”⁹⁴ literalmente un limbo, a medio camino entre ambos conceptos.

92 *Addictus* “esclavo por deudas”, y adjudicado a alguien más por tal razón; en Julio Pimentel Álvarez, *Diccionario latino español español-latino*, Porrúa, 1996, s.v. ADDICTUS.

93 Rogelio Araujo Monroy, *El drama social y familiar de las adicciones*, México, Nandela, 2015, p. 81, n. 162.

94 Sobre esta visión estigmatizante del usuario de drogas se encuentran concomitancias interesantes en los trabajos de Rogelio Córdova Nava, *Adictos y políticas públicas, la intervención planeada para la construcción de sujetos adictos en recuperación crónica*, tesis, Zamora, Michoacán, ColMich, 2013, p. 18., y en Tomás Gaete, “Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos: El juicio psicológico”, *Revista de Psicología*, 2007, vol. XVI, núm. 2, pp. 53-77 Universidad de Chile Santiago, Chile.

Esta categorización dual del adicto lo pone en una situación de vulnerabilidad ante el trato potencial que puede recibir para su rehabilitación y/o recuperación: “Así, el adicto se encuentra en una situación compuesta por su “anormalidad”, impregnada de creencias que apuntan hacia aplicarle medidas punitivas y reformadoras, a través de la puesta en práctica de técnicas operadas por las instituciones”.⁹⁵

Por otro lado, el sólo vocablo droga ya tiene una carga estigmatizante en sí: “La palabra droga tiene una fuerte connotación peyorativa y negativa que sirve para descalificar a una persona al clasificarla como drogadicta,”⁹⁶ o sea, que sin importar el nivel y/o tipo de consumo, ya se clasificó al usuario como adicto o drogadicto.

Quien consume drogas se ha convertido en la actualidad en sinónimo de estigma y discriminación social, y su sola figura provoca miedo: “Las personas que usan drogas frecuentemente son presentadas como un mal de la sociedad que amenaza la salud pública y los valores de la población y la sociedad,”⁹⁷ un mal público, una especie de cáncer que es menester erradicar, siendo que estas personas suelen ser el reflejo fiel y “producto de una sociedad que enajena, margina, y enferma con dificultades e insatisfacciones que ella misma genera.”⁹⁸

En muchas ocasiones, estos sujetos, no cumplen siquiera con los criterios ofrecidos por las ciencias médicas para diagnosticarle como dependiente a la droga en sí, sin embargo, se le sigue etiquetando de esta manera. La responsabilidad de realizar estos diagnósticos le corresponde a los profesionales en adicciones y “la determinación de la adicción recae en su experiencia como terapeutas,”⁹⁹ lo cual tampoco es un panorama muy halagador, ya que se puede favorecer el sobre diagnóstico o un diagnóstico erróneo del

95 Rogelio Córdova Nava, *Adictos y políticas públicas, la intervención planeada para la construcción de sujetos adictos en recuperación crónica*, tesis, Zamora, Michoacán, ColMich, 2013, p. 118

96 Rogelio Araujo Monroy, *Adicciones y proceso de rehabilitación*, México, Nandela, 2008, p. 25.

97 P. Meetal, “Principios y normas globales sobre-los derechos-de personas que usan drogas ilícitamente”. In Pérez, C., coord., *Consumo, consumidores de drogas y las respuestas estatales en América Latina*, México, D.F., Fontamara 2014, p. 30.

98 O. Cárdenas, *op. cit.*, p. 223.

99 E. Carr, “Scripting addiction: the politics of therapeutic talk and american sobriety, Princeton, New Jersey, Princeton university press, 2010, cit. por Rogelio Córdova Nava, *Adictos y políticas públicas, la intervención planeada para la construcción de sujetos adictos en recuperación crónica*, tesis, Zamora, Michoacán, ColMich, 2013, p. 21.

usuarios de drogas. Y esto en el mejor de los casos donde se puede ser valorado para realizarles un diagnóstico, a sazón de que en los CR suele haber un cierto rechazo hacia la labor de profesionales, quienes son los capacitados para realizar esta labor.

Es toda esta percepción estigmatizante la que contribuye a oprimir a quien use drogas en general, ya que “privadas de sus características humanas, las personas que usan drogas son a menudo excluidas de la esfera de los derechos humanos.”¹⁰⁰

Estadísticas oficiales en México, hablan de medio millón de usuarios de drogas a nivel de dependencia. Esta estadística, que ya habla de una inmensa mayoría de personas que vive la opresión del consumo desmedido de sustancias, no habla de las personas que usan y abusan de las drogas, que también sufren por esta condición de usuarios; todos estos usuarios se las tienen que arreglar prácticamente solos, debido a que:

[...] el sistema oficial de salud cubre menos del 5% de la demanda de atención por consumo problemático de drogas, por lo que la inmensa mayoría de tratamientos lo continúan ofreciendo particulares, que suelen no contar con recursos ni apoyos oficiales para la realización de sus actividades. Incluso, muchos centros de tratamiento ni siquiera cuentan con las garantías mínimas para sus actividades.¹⁰¹

Estos números ya hacen pensar en una mayoría popular vulnerable. Quien vulnera la dignidad de los usuarios a nivel de dependencia no es el usuario que sí tiene la oportunidad de recibir el tratamiento, sino las instancias oficiales de salud que no ofrecen los servicios adecuados al respecto, por un lado, y por el otro, los mismos integrantes del CR que vulneran con sus tratamientos a los usuarios de drogas; cabe mencionar que esta vulneración viene igualmente de la sociedad, que prejuicia en muchas ocasiones injustificadamente a los usuarios.

2.5.3 La realidad del tratamiento en CR: un mecanismo de opresión

El tratamiento para usuarios de drogas puede variar según el grado de consumo, la frecuencia, los problemas que acarrea el mismo, entre otras variables. Para la presente, como ya se ha indicado, el tratamiento que se investiga es el que es recibido en CR.

100 P. Meetal, *op. cit.*, p. 30.

¹⁰¹ Colectivo por una política integral hacia las drogas (CUPIDH), <https://goo.gl/OBPyoA>, revisado el 25 de Junio de 2017.

Realizar el tratamiento desde una perspectiva ética, sin coerción, basados en evidencia científica y con estricto apego al respeto de la dignidad del individuo es necesario para que sea efectivo. “Si un tratamiento no es ético, no puede ser justificado, incluso si es eficaz en el cumplimiento de un determinado objetivo”¹⁰². Además, “el castigo no es la respuesta apropiada frente a los drogodependientes”¹⁰³, ni frente a cualquier tipo de usuario de drogas.

La situación es alarmante si se tiene en cuenta que: “En muchos países, estas personas son sometidas a tortura y maltratos [...] tratamientos coercitivos y abusivos de la drogadicción, y la denegación de medicamentos esenciales y servicios básicos de salud.”¹⁰⁴ Como se ha señalado, este problema de coerción en el tratamiento no es privativo del ámbito nacional, y afecta a buena parte de Latinoamérica de manera seria, entendiendo que

“Lo que en muchos países se conoce como “tratamiento” suele incluir la prescripción excesiva de psicofármacos o la ausencia total de medicación sustitutiva que ayude a paliar los efectos de la abstinencia. Asimismo, también se consideran como “tratamiento” viable los abusos verbales, los ejercicios de tipo militar e incluso golpes y palizas. El trabajo forzado o con salarios ínfimos se practica bajo el nombre de “rehabilitación”; y las condiciones en las que los pacientes se bañan, comen o duermen en muchas instituciones de “tratamiento” distan mucho de reunir las condiciones mínimas de un trato humano.”¹⁰⁵

Por otro lado, si se tiene en cuenta que en el país el asunto del consumo de las drogas es un “grave problema social y de salud pública”¹⁰⁶, se entenderá la importancia de investigar sobre la temática, que ya ha rebasado al Estado desde hace tiempo.

El tratamiento para usuarios de drogas en México está siendo dejado a la sociedad civil, que desde sus espacios buscan ponerle un freno a esta problemática; el Estado ha

102 Alex Stevens, “The Ethics and Effectiveness of Coerced Treatment of People who Use Drugs”, 2012, *Human Rights and Drugs*, Volume 2, No. 1, p. 8.

103 A. Carter y W. Hall, *op.cit.*, p. 12.

104 Centro FXB para la Salud y los Derechos Humanos y Fundaciones Open Society, *Guía de recursos de salud y derechos humanos*, 2013.

105 Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), “Restricciones y deficiencias en el acceso a la salud”, En Luciana Pol y Ximena Tordini (coords.), *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos La experiencia del continente americano*, Argentina, CELS, 2015 p. 48.

106 NOM-028-SSA2-2009, p. 13.

dejado tácitamente a asociaciones civiles u ONG la compleja labor de rehabilitar a los usuarios de drogas. Según datos de la OMS “la oferta en México de tratamientos para alcohol y drogas está dominada por el sector privado y las ONG”.¹⁰⁷ Buena parte de estos tratamientos se dan en los anexos o CR, lugares que operan bajo la lógica de instituciones totales, donde es común que se interne al usuario problemático, y se busque rehabilitarlo/recuperarlo.

En este país, los CR aparecen por una extensa demanda de tratamiento de usuarios: “los centros con internamiento que operan bajo el modelo de ayuda mutua, emergen por un lado, como respuesta de la sociedad ante la falta de atención por parte de las instancias públicas y, por el otro, a causa de la creciente necesidad de tratamiento para usuarios problemáticos.”¹⁰⁸ El problema de salud pública o epidemia en el consumo de drogas por un lado, y la escasa oferta estatal de tratamiento, han hecho que “ex usuarios de drogas se organicen para ofrecer ayuda, generalmente, con base en el modelo de ayuda mutua”¹⁰⁹

Operados por personas con buena voluntad, pero escasa capacitación en el tratamiento de usuarios de drogas, y con escasa supervisión por parte del Estado, estos lugares funcionan como potenciales generadores de violencias. El tratamiento ofrecido en los CR ha degenerado, ya que se habla de lugares “donde el objetivo del tratamiento es la abstinencia”¹¹⁰, o sea, la recuperación está centrada en dejar de consumir, -y no se busca la rehabilitación atendiendo a la reducción de daños en todos los ámbitos de la vida del usuario-, lo cual puede resultar ineficaz.

Aunque los estudios en la materia no son muy extensos, existen investigaciones que hablan de vulneración de usuarios en tratamiento en CR. Por ejemplo, en un estudio desarrollado por la ONG Cupidh en tres estados de la República Mexicana se señala que “Las personas en estos centros no están pasando por un proceso de rehabilitación o siendo

107 En R. Córdova, *op. cit.*, p. 5.

108 Carlos Zamudio et. al., *Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México*, Cuadernos-Cupidh 8, 2015, p. 12.

109 *Ibid.*, p. 11.

110 C. Zamudio, *op. cit.*, p. 13.

provistas de tratamiento, sino que son sujetas a malos tratos, y puestos en circunstancias de peligro y humillación.”¹¹¹

En la escena local, en un informe datado del 2005 en San Luis Potosí por parte de la Comisión Estatal de Derechos Humanos se detectó que en varios centros de atención de adicciones en modalidad residencial visitados había evidencia de “maltrato físico y psicológico a los pacientes; mala alimentación; hacinamiento y falta de información a los familiares y a los internos sobre el tratamiento que se les brindará”.¹¹² O sea, que se les vulneraba en su dignidad.

Por otro lado, el tratamiento en CR tiene herencia indirecta de la metodología de los grupos de AA, la cual se puede sintetizar en los siguientes puntos:

“Sin embargo, en la aparición y evolución de las comunidades terapéuticas para pacientes toxicómanos se perciben algunas diferencias muy importantes y significativas. La influencia anglosajona, especialmente la americana, va a ser muy importante. El alcoholismo como patología de la desadaptación y el fracaso de los abordajes médicos clásicos, hizo que en un momento organizaciones de carácter benéfico y religioso imprimiesen su sello a la visión de las características de esta patología y sobre todo de lo que lo que había que hacer para curarla.

Las organizaciones de Alcohólicos Anónimos observan rígidamente las 12 reglas de su grupo, entre las que cabe destacar la necesidad de la cohesión del grupo, la decisión clara de abstinencia como mecanismo de aceptación en el grupo, el concepto de autoayuda, el rechazo de profesionales y la ideología de carácter religioso.”

Algunas de estas ideas se han trasladado a los grupos de tratamiento para toxicómanos, en especial la ausencia de los profesionales y la importancia de que tan sólo alguien que ya haya ganado la batalla de la droga pueda servir como

¹¹¹ Carlos Zamudio, “Centros de ‘rehabilitación’ de usuarios de drogas abusan de los internos”, 2015, disponible en <https://goo.gl/10ZKiu>, consultado el 6 de Diciembre de 2016.

¹¹² Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH), “Informe especial sobre centros de tratamiento de adicciones en modalidad residencial”, 2005, www.cedhslp.org.mx/informes/, consultado 18 de Octubre de 2016, p. 8.

indicador del camino a recorrer. El modelo es la propuesta educativa, en el otro se delega el proceso de cambio.”¹¹³

La justificación de la abstinencia o recuperación como hilo conductor del tratamiento viene en esencia de esta influencia. Además, el riesgo de la ausencia de profesionales surge de una errónea interpretación de los principios de AA, y de no entender la función de estos en un proceso de tratamiento en una institución como el CR. Estas características en los principios de la AA, van a permear en el tratamiento que se ofrece en los CR.

A partir de lo expuesto, y analizando la visión estigmatizante que en general se tiene del usuario de drogas, y los tratamientos que se brindan, se deduce que no existen condiciones reales para que se brinde un tratamiento digno a los consumidores de drogas en México bajo la modalidad de CR.

Se habla de una mayoría oprimida, que no recibe un tratamiento profesional adecuado y en los establecimientos pertinentes. Todo este entramado de situaciones favorece que se vulnere la dignidad del usuario a través del tratamiento en CR.

A partir de lo enunciado, se tiene que se puede vulnerar la dignidad de los usuarios en el tratamiento en CR de diversas formas:

- A través prejuicio social hacia la figura del usuario de drogas.
- Cuando en estos tratamientos sólo se promueve la recuperación y se pone escaso empeño en buscar la rehabilitación del usuario.
- Encierro en un espacio con una lógica de institución total, que favorece relaciones asimétricas con potencial coercitivo
- Al negársele la atención profesional, -médico psiquiátrica, psicológica y demás-, pertinente
- Cuando hay incumplimiento o ambigüedad en los requisitos mínimos positivados en la NOM-028, la Ley Estatal, *et al*, para la atención en CR (sobre este punto se ahondará en el capítulo 3 de la tesis).
- Violentársele con métodos coercitivos en su proceso de rehabilitación
- Cuando se les encierra en espacios donde existan condiciones mínimas de infraestructura

113 J.A. Abejón, *op. cit.*, p. 118.

- Cuando el Estado no ofrece los servicios adecuados para atender a estas poblaciones ni garantiza el acceso a la salud de estas personas, que en nivel de dependencia son catalogados como enfermos.
- Al dejar en manos de la sociedad civil la responsabilidad de recuperar y rehabilitar usuarios de drogas.

Entender el CR como un espacio de desencantos, donde se encierra al incomprendido, al consumidor, al usuario de drogas, donde este deja de afectar a la sociedad por un espacio de tiempo perdiendo en este proceso su libertad, donde se entiende poco de derechos humanos, vulnera la dignidad del mismo.

2.6 Dignidad y tratamiento para usuarios de drogas: hacia una resignificación

Es necesario realizar una labor crítica para resignificar a este sujeto oprimido de la modernidad como otros tantos colectivos de “humildes y discriminados”¹¹⁴ con los que, analógicamente, los usuarios de drogas, comparten esa característica de ser vulnerados en sus dignidades; estos “colectivos que han sufrido procesos de maltrato y desprecio en sus dignidades socio-históricas (esclavas/os, pueblos indígenas, negras/os, mujeres, homosexuales, inmigrantes, etc.)”¹¹⁵, son invisibilizados por la sociedad, y omitidos en muchas ocasiones del discurso y práctica de los derechos humanos, y padecen ya sea por omisión o negación de los mismos.

Esta pretendida revisión crítica de la dignidad de la persona que consume drogas por los motivos ya enunciados, debe tener en cuenta que, al ingresar y permanecer en un CR, su dignidad puede ser vulnerada, ya que queda sujeto a un limbo jurídico, expuesto al prejuicio social, y sin mediación de una atención profesional, que le expone a un sufrimiento sin sentido.

La sola dependencia o abuso en el consumo de la droga, -esa necesidad compulsiva de consumo de una sustancia psicoactiva para alcanzar cierto grado de satisfacción-, ya es en sí misma una condición de opresión. Si además la persona usuaria no desea ser tratada o

114 H. Gallardo, *op. cit.* p. 32.

115 David Sánchez, “Derechos humanos, no colonialidad y otras luchas por la dignidad: una mirada parcial y situada”, *Campo Jurídico*, 2013, vol. 3, n. 1, p. 191.

no cumple con criterios profesionales para hablarse de que vive una dependencia en sí, y, por ende, no debe estar internada, entonces se oprime igualmente al sujeto.

A esto se le añan deficiencias en el tratamiento y el omiso papel del Estado con políticas públicas que lejos están de ayudar al usuario dependiente y abusador de drogas y más bien abonan, en palabras de Córdova Nava, a producir consumidores en “recuperación crónica”, o sea, usuarios de drogas que nunca terminan de recuperarse o rehabilitarse.

Se califica al consumidor con todos estos conceptos peyorativos y discriminatorios ya expuestos, basados principalmente en prejuicios sociales, sin analizar por un instante que el mismo es producto de un sistema alienante y opresor. Se excluye a las periferias del imaginario social al consumidor y su discurso. Y excluido, es recluido en un CR para su “rehabilitación”, sin tomar en cuenta si el tratamiento que se le brindará será digno o indigno, apegado a principios éticos y jurídicos.

“La sociedad debe entender, que es más rentable brindar atención adecuada a estos pacientes que dejarlos sólo con atención empírica.”¹¹⁶ La propuesta no es tomar y cerrar todos estos centros; la idea más bien es aprovechar lo que se tiene, la buena voluntad de personas y decantarse por una labor comunitaria, donde se comulgue con la idea de horizontalidad: entre usuarios, profesionales, personas rehabilitadas, y que mejore la función del Estado, que promulgue políticas públicas congruentes a la realidad del consumo de drogas en el País, que acerque los insumos profesionales necesarios para que estos lugares exploten su potencial, y que deje de ayudar a producir a usuarios en tratamiento crónico y potenciar la recuperación/rehabilitación de los mismos.

“La dignidad propia depende de la dignidad del otro. Sólo a través del encuentro con el otro nos hacemos persona.”¹¹⁷ Este espacio social del CR tiene el potencial de ese encuentro con el otro de manera digna, es por esto que no deben desecharse los saberes que se han obtenido de la práctica médica con usuarios de drogas, ni tampoco de esos saberes producidos desde la buena voluntad de personas que se buscan recuperar/rehabilitar entre sí, pero estas prácticas deben darse en un marco de respeto a la dignidad, una dignidad inherente, natural y positivada para el usuario de drogas y el tratamiento que debe recibir,

¹¹⁶ O. Cárdenas., *op. cit.* p. 224.

¹¹⁷ *Tesis*, p. 802.

dignidad que igualmente debe ser exigida, y por la cual, cabe repetir, se debe de luchar y contextualizar.

Perifraseando a Ellacuría, -hablando este sobre la historización del bien común-, la dignidad solo es realmente dignidad si propicia un tipo de vida digna, o más adecuadamente a esta investigación, el tratamiento digno solo es digno si propicia un tipo de tratamiento o rehabilitación digna.

Cuando se incumplen tácita o explícitamente, consciente o inconscientemente con las normativas y tratados relacionados salvaguardar la dignidad de personas humanas en situación de encierro para su tratamiento, cuando se ignora, omite o transgrede la dignidad inherente del sujeto, cuando se deja de atender las necesidades socio-históricas de esta población, entonces se está vulnerando su dignidad.

Por último, cabe mencionar que como la dignidad está intrínseca en la idea de los DH, se enumeran en el siguiente capítulo toda una serie de tratados, leyes y normativas que van encaminados a defender la dignidad del usuario de drogas, de las personas en situación de encierro y pérdida de libertad, que contribuyen a reforzar la idea del ideal de un tratamiento digno a estas poblaciones.

CAPÍTULO III

CONSIDERACIONES LEGALES, DH Y TRATAMIENTO DE PERSONAS EN INTERNAMIENTOS. UNA REVISIÓN CRÍTICA

3.1 Introducción

El objetivo de este apartado es revisar de manera crítica las legislaciones vigentes que defienden los derechos humanos y la dignidad humana, con especial énfasis a la situación de personas que han sido privados de su libertad, y en sus derechos a la salud, a un trato digno, a la no discriminación, etc.

La dignidad “es hoy un referente del pensamiento moral, político y jurídico, y para este último se presenta como criterio de fundamentación de los valores, los principios y los derechos. De ahí su abundante presencia en la doctrina, en la legislación y en la jurisprudencia.”¹¹⁸ Esta postura, desde la visión de los derechos fundamentales, ubica a la dignidad transversalizada en lo moral, lo político, y como parte esencial de los fundamentos jurídicos.

A continuación, se presentan algunos de estos fundamentos que están en relación con la parte positivada de la dignidad como requisito indispensable para el tratamiento de los usuarios de drogas, observando a partir de tratados internacionales y nacionales ciertos principios que protegen a los mismos en el proceso de internamiento, rehabilitación y reinserción social.

3.2 Legislación internacional

3.2.1 Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)

La DUDH consigna:

1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados

¹¹⁸ Gregorio Peces-Barba, “La dignidad humana”, en Rafael de Asís Roig, *Los desafíos de los Derechos Humanos hoy*, Madrid, 2007, p. 159. pp. 155-172.

como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.” 28. Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.¹¹⁹

Desde su primer artículo, el principal documento internacional de los DH menciona el concepto dignidad; si bien es verdad que este primer acercamiento no dice mucho con respecto a la parte concreta de esta palabra, ya de entrada marca la pauta de la importancia de esta para el discurso de los DH y su pretensión universalista.

Libertad -una de las grandes promesas de la modernidad-, es lo primero que pierde una persona que es internada con o sin su voluntad en un CR. Hablando del trato de iguales en el que deben de vivir los seres humanos y de no recibir tratos crueles o degradantes, que se aborda en el artículo quinto, es labor esencial para un efectivo tratamiento; el derecho a que en todo lugar se hagan efectivos preceptos como los anteriores, es parte de un derecho humano esencial del individuo.

3.1.2 Convención Americana de los Derechos Humanos¹²⁰(CADH)

También conocida como pacto de San José, por haberse suscrito en la ciudad capital de Costa Rica, signada por México, contiene el Artículo 5 sobre el Derecho a la integridad personal y señala en su numeral 1 que “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.”¹²¹ Y en el 2 que “Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad, será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.”¹²²

119 Declaración Universal de Derechos Humanos, Arts. 1, 5 y 28.

120 Suscrita en San José Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la conferencia especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, disponible en: <https://goo.gl/6yfSID>.

121 Pacto de San José, art. 5, num.1.

122 *Ibid.*, art. 5, num. 2.

Repite en el mismo sentido que la carta magna de los DH la cuestión de los tratos crueles y de tortura y el respeto a la integridad de la persona, que no sea vulnerada y demás. El derecho a la libertad igualmente aparece marcando el ideal de tal situación del ser humano, y en su Artículo 7, sobre Derecho a la Libertad Personal, en sus numerales 1 y 2 enuncia: “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales [y] Nadie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados Partes o por las leyes dictadas conforme a ellas.”¹²³ Estos numerales señalan la importancia de la libertad personal, de no ser privado de la libertad física, salvo en los casos que se enuncie en las leyes específicas de cada país.

En lo que respecta a su Artículo 11. Protección de la Honra y de la Dignidad, en su numeral 1, enuncia textualmente que “Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”,¹²⁴ expresando con esto la importancia del reconocimiento de la dignidad de la persona.

Por su parte, el Artículo 24, titulado Igualdad ante la Ley en el numeral 1 aborda la idea de que “Todas las personas son iguales ante la ley”¹²⁵. En consecuencia, se tiene derecho, sin discriminación, a igual protección ante la ley. Otra de las grandes promesas modernas: la igualdad, en este caso, la igualdad ante la ley.

3.2.3 Protocolo de San Salvador¹²⁶

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" fue suscrito en San Salvador, El Salvador el 17 de noviembre de 1988, y adoptado y ratificado por México.

123 Pacto de San José, art. 7, nums. 1-3.

124 *Ibid.*, art. 11, num. 1.

125 *Ibid.*, art. 24.

126 Para su revisión en línea en la página de la OAS: <http://oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>

Para el caso específico de la presente investigación, el artículo relacionado a salud, el número 10 de este protocolo habla sobre el Derecho a la Salud, y que:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.¹²⁷

La perspectiva biomédica ha dominado la escena en materia profesional de atención de adicciones en el panorama nacional e internacional desde hace algún tiempo; esto aunado a las consideraciones de la drogadicción o consumo de drogas en el territorio nacional como un problema de salud pública, hace importante de realizar una mirada al artículo 10 de este Protocolo, ya que plantea la importancia del reconocimiento de la atención sanitaria adecuada para toda la población, el tratamiento de problemas de salud y satisfacer las necesidades de grupos vulnerables, puntos que encajan en la población objetivo de esta investigación.

3.2.4 Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental¹²⁸

Estos principios son adoptados por la asamblea general el 17 de diciembre de 1991, en el marco de la Relatoría sobre los derechos de las personas privadas de la libertad en las Américas, producto de un trabajo conjunto entre la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Organización de Estados Americanos (OEA).

127 Protocolo de San Salvador, art. 10, nums. 1 y 2.

128 OEA-CIDH, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, disponible en: <https://goo.gl/ANwkLF>, consultado el 20 de Noviembre de 2016.

Estos principios están dirigidos proteger los derechos humanos y a preservar la dignidad de personas con un diagnóstico de enfermedad mental tratadas en instituciones psiquiátricas.

Si, suponiendo analógicamente, se pudiera gozar de una serie de principios para la protección de usuarios de drogas en tratamiento en CR como los suscritos en los principios que protegen a los enfermos mentales, se tendría una herramienta más para defender los DH de estas personas. Además, siendo estrictos, el consumidor de drogas en grado de dependencia, según la perspectiva de los manuales de psiquiatría¹²⁹ DSM-IV y CIE-10¹³⁰, puede ser catalogado como alguien con un ~~trastorno~~ o enfermedad mental, y debería obtener una atención profesional y digna.

3.2.5. Principios y buenas prácticas sobre la protección de personas privadas de la libertad en las Américas¹³¹

Los principios vertidos en este documento contienen *in extenso* una gran mayoría de los puntos que se deben cumplir cuando una persona es ingresada a un CR a recibir un tratamiento, y en el proceso es privada de su libertad; por lo tanto, es necesario detenerse un poco más en el análisis del presente; en un primer momento, es menester definir el significado de privación de la libertad:

Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por [...], tratamiento, [...] ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas

129 Se citan estos manuales, ya que comúnmente se ha dejado a la perspectiva biomédica la responsabilidad de la atención de los consumidores de drogas. Desde una postura personal, quien investiga tiene una visión anti psiquiátrica al respecto, reconociendo que la perspectiva biomédica tiene sus alcances y limitaciones, pero que no es la panacea en la materia.

130 DSM-IV o Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales IV, por sus siglas en inglés; y el CIE-10 o Clasificación internacional de enfermedades en su décima versión.

131 OEA-CIDH, Principios y buenas prácticas sobre la protección de personas privadas de la libertad en las Américas disponible en <https://goo.gl/P1Fwsq>, consultado el 28 de Noviembre de 2016.

privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; [...]; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas.¹³²

O sea que esta categoría de privación de la libertad aplica a la persona internada en una institución como el CR, que está ahí en tratamiento por algún tipo de discapacidad, entendiendo que la dependencia de sustancias ya es una causa de discapacidad, y que el usuario de esta institución no goza de libertad de entrar y salir de tal lugar.

En su estructura general, estos principios sobre personas privadas de su libertad se subdividen en tres grandes rubros que son:

- Principios Generales
 - Principios relativos a las condiciones de privación de libertad,
 - Principios relativos a los sistemas de privación de libertad,

Estos principios configuran el entramado principal del ideal del deber ser y hacer de una institución que vele por personas privadas de su libertad, sin coacción y que se apege a los estándares mínimos de respeto a la dignidad. A continuación, se realizará un desglose de estos y una breve descripción de los mismos:

3.2.5.1 Principios Generales

“Principio I: Trato humano. Toda persona privada de libertad [...] será tratada humanamente, con irrestricto respeto a su dignidad inherente, a sus derechos y garantías fundamentales, y con estricto apego a los instrumentos internacionales sobre derechos

¹³² Principios y buenas prácticas sobre la protección de personas privadas de la libertad en las Américas, Disposición general.

humanos.”¹³³ Trato digno-inherente- y el sustento de los instrumentos de defensa contenidos en los tratados de DH; aunque se plantea en abstracto, más adelante señala algunos aspectos concretos de cómo llevar a cabo tal trato.

“Principio II: Igualdad y no-discriminación. Toda persona privada de libertad será igual ante la ley, y tendrá derecho a igual protección [...] Bajo ninguna circunstancia se discriminará a las personas privadas de libertad [...].¹³⁴ El precepto clásico de la no discriminación y la pretensión de igualdad ante la ley, igualmente que el principio primero, planteadas abstractamente, y desarrolladas en algunos puntos más adelante.

En este subapartado del principio III, los numerales 1 y 3, abordan temas de interés para esta obra:

Principio III: Libertad personal. 1. Principio básico. Toda persona tendrá derecho a la libertad personal y a ser protegida contra todo tipo de privación de libertad ilegal o arbitraria. La ley prohibirá, en toda circunstancia, la incomunicación coactiva de personas privadas de libertad y la privación de libertad secreta, por constituir formas de tratamiento cruel e inhumano. Las personas privadas de libertad sólo serán recluidas en lugares de privación de libertad oficialmente reconocidos. [...] Por regla general, la privación de libertad de una persona deberá aplicarse durante el tiempo mínimo necesario.¹³⁵

Perder la libertad lo menos posible, en lugares para reconocidos por las autoridades para tal efecto manteniendo comunicación con el exterior. Por otro lado, el principio 3 enuncia:

3. Medidas especiales para las personas con discapacidades mentales [...]. La privación de libertad de una persona en un hospital psiquiátrico u otra institución similar deberá emplearse como último recurso, y únicamente cuando exista una seria posibilidad de daño inmediato o inminente para la persona o terceros. La mera discapacidad no deberá en ningún caso justificar la privación de libertad [...]¹³⁶

133 *Ibid.*, Principio I.

134 *Ibid.*, Principio III, numeral 1.

135 *Ibid.*, Principio III, numeral 1.

136 *Ibid.*, Principio III, numeral 3.

En última instancia, las instituciones psiquiátricas o de naturaleza similar-un CR, por ejemplo-, serán la opción para privar de su libertad a las personas, sólo en casos extremos de potencial daño hacia sí o las personas de su entorno.

3.2.5.2 Principios relativos a las condiciones de privación de libertad

Estos principios marcan algunas pautas concretas de cómo debe darse las condiciones físicas y materiales mínimas para que una persona privada de su libertad viva esta etapa dignamente.

El siguiente sub-apartado aborda el proceso inicial de ingreso a una institución de privación de la libertad.

Principio IX. 1. Ingreso, registro, examen médico y traslados: Las autoridades responsables de los establecimientos de privación de libertad no permitirán el ingreso de ninguna persona para efectos de reclusión o internamiento, salvo si está autorizada por una orden de remisión o de privación de libertad, emitida por autoridad judicial, administrativa, médica u otra autoridad competente, conforme a los requisitos establecidos por la ley. A su ingreso las personas privadas de libertad serán informadas de manera clara y en un idioma o lenguaje que comprendan, ya sea por escrito, de forma verbal o por otro medio, de los derechos, deberes y prohibiciones que tienen en el lugar de privación de libertad.¹³⁷

Sin autorización oficial de los sujetos descritos en este numeral, no se debe ingresar a internamiento; además debe informársele al sujeto de la normatividad del lugar de manera clara.

Debe existir en físico, en la institución, un registro oficial que contenga datos mínimos de la persona privada de su libertad, que contenga:

1. Registro: a. Información sobre la identidad personal, que deberá contener, al menos, lo siguiente: nombre, edad, sexo, nacionalidad, dirección y nombre de los padres, familiares, representantes legales o defensores, en su caso, u otro dato relevante de la persona privada de libertad; b. Información relativa a la

137 *Ibid.*, Principio IX, num. 1.

integridad personal y al estado de salud de la persona privada de libertad; c. Razones o motivos de la privación de libertad; d. Autoridad que ordena o autoriza la privación de libertad; e. Autoridad que efectúa el traslado de la persona al establecimiento; f. Autoridad que controla legalmente la privación de libertad; g. Día y hora de ingreso y de egreso; h. Día y hora de los traslados, y lugares de destino; i. Identidad de la autoridad que ordena los traslados y de la encargada de los mismos; j. Inventario de los bienes personales; y k. Firma de la persona privada de libertad y, en caso de negativa o imposibilidad, la explicación del motivo.¹³⁸

Estos datos deben ser considerados mínimos de información personal con que debe contar el centro en cuestión de privación de libertad. La persona debe saber la razón por la cual está siendo internada, y debe haber datos de contacto de familiares, sobre todo en caso de emergencias. Igualmente se debe saber la autoridad que traslada y que autoriza el ingreso.

Estos datos sirven para respaldar que las labores de las autoridades, tanto quienes autorizan el traslado, como quienes lo efectúan y quien recibe al sujeto, son apegadas a derecho; pero sobre todo sirven para garantizar el trato digno de quien es ingresado, y para deslindar responsabilidades en caso de vulneración.

3. Examen médico. Toda persona privada de libertad tendrá derecho a que se le practique un examen médico o psicológico, imparcial y confidencial, practicado por personal de salud idóneo inmediatamente después de su ingreso al establecimiento de reclusión o de internamiento, con el fin de constatar su estado de salud físico o mental, y la existencia de cualquier herida, daño corporal o mental; asegurar la identificación y tratamiento de cualquier problema significativo de salud; o para verificar quejas sobre posibles malos tratos o torturas o determinar la necesidad de atención y tratamiento. La información médica o psicológica será incorporada en el registro oficial respectivo, y cuando sea necesario, en razón de la gravedad del resultado, será trasladada de manera inmediata a la autoridad competente.¹³⁹

138 *Ibid.*, Principio IX, num. 2.

139 *Ibid.*, Principio IX, num. 3.

Siendo un problema de salud, obviamente el exámen médico es esencial para cumplir con los requisitos de respeto a la misma del usuario, para chequear su estado de salud y el tratamiento adecuado; igualmente cumple la función de identificar si se ha recibido maltrato en el lugar de privación. En este sub-apartado se colocan las perspectivas médica y psicológica, y sólo se atañe en el título a la primera.

4. Traslados. Los traslados de las personas privadas de libertad deberán ser autorizados y supervisados por autoridades competentes, quienes respetarán en toda circunstancia, la dignidad y los derechos fundamentales, y tomarán en cuenta la necesidad de las personas de estar privadas de libertad en lugares próximos o cercanos a su familia, a su comunidad, al defensor o representante legal, y al tribunal de justicia u otro órgano del Estado que conozca su caso. Los traslados no se deberán practicar con la intención de castigar, reprimir o discriminar a las personas privadas de libertad, a sus familiares o representantes; ni se podrán realizar en condiciones que les ocasionen sufrimientos físicos o mentales, en forma humillante o que propicien la exhibición pública.¹⁴⁰

Los traslados deben ser hechos por personas especializadas en el tema, bajo la guía de principios de respeto a la dignidad del sujeto.

Principio X. Salud. Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, [...]. El tratamiento deberá basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas. En toda circunstancia, la prestación del servicio de salud deberá respetar los principios siguientes: confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico-paciente. El Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad.¹⁴¹

140 *Ibid.*, Principio IX, num. 4.

141 *Ibid.*, Principio X, salud.

El derecho a la salud, a lo largo de los tratados citados, es una categoría constante como medida de respeto a la dignidad del individuo, que en este caso no es la excepción. Confidencialidad y autonomía, son dos conceptos que resaltan en esta perspectiva.

Principio XI. Alimentación y agua potable 1. Alimentación Las personas privadas de libertad tendrán derecho a recibir una alimentación que responda, en cantidad, calidad y condiciones de higiene, a una nutrición adecuada y suficiente, [...] Dicha alimentación será brindada en horarios regulares, y su suspensión o limitación, como medida disciplinaria, deberá ser prohibida por la ley. 2. Agua potable. Toda persona privada de libertad tendrá acceso en todo momento a agua potable suficiente y adecuada para su consumo. Su suspensión o limitación, como medida disciplinaria, deberá ser prohibida por la ley.”¹⁴²

Alimentos y agua, sustancias vitales para el ser humano, deben brindarse en porciones, calidad, horarios adecuados a las personas en cuestión. Pareciera obvio, sin embargo, su privación como método de castigo o medida disciplinaria es una condición que vulnera.

Con respecto al principio XII, respectivo al albergue, condiciones de higiene y vestido

1. Albergue. Las personas privadas de libertad deberán disponer de espacio suficiente, exposición diaria a la luz natural, ventilación y calefacción apropiadas, según las condiciones climáticas del lugar de privación de libertad. Se les proporcionará una cama individual, ropa de cama apropiada, y las demás condiciones indispensables para el descanso nocturno. Las instalaciones deberán tomar en cuenta las necesidades especiales de las personas enfermas, las portadoras de discapacidad, los niños y niñas, las mujeres embarazadas o madres lactantes, y los adultos mayores, entre otras. 2. Condiciones de higiene. Las personas privadas de libertad tendrán acceso a instalaciones sanitarias higiénicas y suficientes, que aseguren su privacidad y dignidad. Asimismo, tendrán acceso a productos básicos de higiene personal, y a agua para su aseo personal, conforme a las condiciones climáticas. 3. Vestido. El vestido que deben utilizar las personas privadas de libertad

142 *Ibid.*, Principio XI, num. 1 y 2.

será suficiente y adecuado a las condiciones climáticas, y tendrá en cuenta la identidad cultural y religiosa de las personas privadas de libertad. En ningún caso las prendas de vestir podrán ser degradantes ni humillantes.¹⁴³

Aunadas estas dos subcategorías, abordan las condiciones espaciales dignas e higiénicas para vivir bien en estos lugares. No se debe condicionar la forma de vestir en el sentido del clima, o sea, debe adecuarse a las necesidades en este sentido; y, por otro lado, para el vestido se debe tomar en cuenta la manera en que la persona se identifica culturalmente, y la perspectiva de la religión que se comulgue.

Por su parte, el Principio XIII que versa sobre Educación y actividades culturales apunta que:

Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la educación, la cual será accesible para todas las personas, sin discriminación alguna, y tomará en cuenta la diversidad cultural y sus necesidades especiales. [...] será gratuita para las personas privadas de libertad, [...] Los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos promoverán en los lugares de privación de libertad, de manera progresiva y según la máxima disponibilidad de sus recursos, la enseñanza secundaria, técnica, profesional y superior, igualmente accesible para todos, según sus capacidades y aptitudes. Y [...] deberán garantizar que los servicios de educación proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación e integración con el sistema de educación pública; y fomentarán la cooperación de la sociedad a través de la participación de las asociaciones civiles, organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas de educación. Los lugares de privación de libertad dispondrán de bibliotecas, [...] según los recursos disponibles. Las personas privadas de libertad tendrán derecho a participar en actividades culturales, deportivas, sociales, y a tener oportunidades de esparcimiento sano y constructivo. [...]¹⁴⁴

143 *Ibid.*, Principio XII, num. 1,2 y 3.

144 *Ibid.*, Principio XIII, Educación y actividades culturales.

Este derecho a la educación, debe respetarse igualmente al estar privado de la libertad; el acceso a una biblioteca de calidad en el lugar de privación, una educación gratuita para todos, y, en la medida de las posibilidades, en todos los niveles educativos, a través de distintas instancias en colaboración.

En el Principio XIV sobre el Trabajo, habla de que:

Toda persona privada de libertad tendrá derecho a trabajar, a tener oportunidades efectivas de trabajo, y a recibir una remuneración adecuada y equitativa por ello, de acuerdo con sus capacidades físicas y mentales, a fin de promover la reforma, rehabilitación y readaptación social de los condenados, estimular e incentivar la cultura del trabajo, y combatir el ocio en los lugares de privación de libertad. En ningún caso el trabajo tendrá carácter aflictivo. [...] Los Estados Miembros promoverán en los lugares de privación de libertad, de manera progresiva y según la máxima disponibilidad de sus recursos, la orientación vocacional y el desarrollo de proyectos de capacitación técnico-profesional; y garantizarán el establecimiento de talleres laborales permanentes, suficientes y adecuados, para lo cual fomentarán la participación y cooperación de la sociedad y de la empresa privada.¹⁴⁵

Como respeto a un derecho humano y como una medida de reinserción social, el trabajo se convierte en herramienta igualmente importante para favorecer el pleno desarrollo del individuo. Incentivarlo desde el mismo encierro puede ser una motivación más para trascender la problemática respectiva y como una forma de enfrentar el tiempo de ocio improductivo en estos espacios.

El número XV de estos principios aborda la Libertad de conciencia y religión, entendiéndose que:

Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la libertad de conciencia y religión, que incluye el derecho de profesar, manifestar, practicar, conservar y cambiar su religión, según sus creencias; el derecho de participar en actividades

145 *Ibid.*, Principio XIV, Trabajo.

religiosas y espirituales, y ejercer sus prácticas tradicionales; así como el derecho de recibir visitas de sus representantes religiosos o espirituales.¹⁴⁶

Crear-espiritualmente hablando- en lo que la persona desee, es otro derecho humano. Si la persona llega a cambiar su religión en el estado de privación de libertad, debe igualmente respetarse y no coaccionar al individuo en estas prácticas.

En lo que respecta al Principio XVI sobre Libertad de expresión, asociación y reunión, afirma:

Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la libertad de expresión en su propio idioma, asociación y reunión pacíficas, tomando en cuenta los límites estrictamente necesarios en una sociedad democrática, para respetar los derechos de los demás o para proteger la salud o la moral públicas, y para preservar el orden público, la seguridad y la disciplina interna en los lugares de privación de libertad, así como los demás límites permitidos en las leyes y en el derecho internacional de los derechos humanos.¹⁴⁷

Libertad de asociarse mientras no se vulnere el derecho de otros y mantener un orden público.

El Principio XVII habla de medidas contra el hacinamiento y que “La ocupación de establecimiento por encima del número de plazas establecido será prohibida por la ley. Cuando de ello se siga la vulneración de derechos humanos, ésta deberá ser considerada una pena o trato cruel, inhumano o degradante.”¹⁴⁸ En pocas palabras, el sobrecupo, es una medida que atenta directamente contra este derecho.

Con respecto al Contacto con el mundo exterior, el principio XVIII:

Las personas privadas de libertad tendrán derecho a recibir y enviar correspondencia, sujeto a aquellas limitaciones compatibles con el derecho internacional; y a mantener contacto personal y directo, mediante visitas periódicas, con sus familiares, representantes legales, y con otras personas, especialmente con sus padres, hijos e hijas, y con sus respectivas parejas. Tendrán derecho a estar

146 *Ibid.*, Principio XV, Libertad de conciencia y religión

147 *Ibid.*, Principio XVI, Libertad de expresión, asociación y reunión.

148 *Ibid.*, Principio XVII, Medidas contra el hacinamiento.

informadas sobre los acontecimientos del mundo exterior por los medios de comunicación social, y por cualquier otra forma de comunicación con el exterior, de conformidad con la ley.¹⁴⁹

El contacto con el mundo exterior no debe ser prohibido, o sea, la persona no debe ser aislada de lo que sigue sucediendo fuera; tiene derecho a seguir sabiendo de lo que pasa en el mundo, y a recibir visitas

El último principio de esta parte es el XIX, señala la necesidad de Separación de categorías, entendiéndose con esto que:

Las personas privadas de libertad pertenecientes a diversas categorías deberán ser alojadas en diferentes lugares de privación de libertad o en distintas secciones dentro de dichos establecimientos, según su sexo, edad, la razón de su privación de libertad, la necesidad de protección de la vida e integridad de las personas privadas de libertad o del personal, las necesidades especiales de atención, u otras circunstancias relacionadas con cuestiones de seguridad interna. En particular, se dispondrá la separación de mujeres y hombres; niños, niñas y adultos; jóvenes y adultos; personas adultas mayores; [...] En ningún caso la separación de las personas privadas de libertad por categorías será utilizada para justificar la discriminación, la imposición de torturas, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o condiciones de privación de libertad más rigurosas o menos adecuadas a un determinado grupo de personas.¹⁵⁰

Esta separación brinda la oportunidad de ofrecer un trato adecuado según condición etaria, de género, y/o razón de internamiento, permitiendo que no se contaminen los procesos a los que estén sometidas las personas.

3.1.5.3 Principios relativos a los sistemas de privación de libertad

El Principio XX señala sobre personal de los lugares de privación de libertad:

149 *Ibid.*, Principio XVIII, Contacto con el mundo exterior.

150 *Ibid.*, Principio XVIII, Separación de categorías.

El personal que tenga bajo su responsabilidad la dirección, custodia, tratamiento, traslado, disciplina y vigilancia de personas privadas de libertad, deberá ajustarse, en todo momento y circunstancia, al respeto a los derechos humanos de las personas privadas de libertad y de sus familiares. El personal deberá ser seleccionado cuidadosamente, [...] Como regla general, se prohibirá que miembros de la Policía o de las Fuerzas Armadas ejerzan funciones de custodia directa en los establecimientos de las personas privadas de libertad, con la excepción de las instalaciones policiales o militares. Se dispondrá en los lugares de privación de libertad de personal calificado y suficiente para garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, y para atender las necesidades médicas, psicológicas, educativas, laborales y de otra índole. Se asignará al personal de los lugares de privación de libertad los recursos y el equipo necesarios para que puedan desempeñar su trabajo en las condiciones adecuadas, incluyendo una remuneración justa y apropiada, y condiciones dignas de alojamiento y servicios básicos apropiados. El personal de los lugares de privación de libertad recibirá instrucción inicial y capacitación periódica especializada, con énfasis en el carácter social de la función. La formación de personal deberá incluir, por lo menos, capacitación sobre derechos humanos; sobre derechos, deberes y prohibiciones en el ejercicio de sus funciones; y sobre los principios y reglas nacionales e internacionales relativos al uso de la fuerza, armas de fuego, así como sobre contención física. Para tales fines, los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos promoverán la creación y el funcionamiento de programas de entrenamiento y de enseñanza especializada, contando con la participación y cooperación de instituciones de la sociedad y de la empresa privada.¹⁵¹

Este personal, debe estar preparado para enfrentar poblaciones vulnerables y hasta transgresivas, que por estas características no dejan de ser humanos. La capacitación y formación en materia de manejo de crisis, custodia, traslado, etc., y contar con personal médico, psicológico, educativo debe ser uno de los pilares que contribuya a un tratamiento digno.

151 *Ibid.*, Principio XX, Personal de los lugares de privación de libertad.

El Principio XXI sobre registros corporales, inspección de instalaciones y otras medidas, puntúa lo siguiente:

Los registros corporales, la inspección de instalaciones y las medidas de organización de los lugares de privación de libertad, cuando sean procedentes de conformidad con la ley, deberán obedecer a los criterios de necesidad, razonabilidad y proporcionalidad. [...] Las inspecciones o registros practicados al interior de las unidades e instalaciones de los lugares de privación de libertad, deberán realizarse por autoridad competente, conforme a un debido procedimiento y con respeto a los derechos de las personas privadas de libertad.¹⁵²

Estos registros, como señala este principio, debe realizarse por autoridades competentes, aunque convendría saber quiénes pueden detentar este título. Se entiende que los criterios de aplicabilidad de estas medidas deben ser necesarios, razonables y tener una proporcionalidad con respecto a la razón del registro a la persona, o sea, debe saberse porque y para que se realizan.

El Principio XXII sobre Régimen disciplinario, consta de cinco numerales:

1. Sanciones disciplinarias. Las sanciones disciplinarias que se adopten en los lugares de privación de libertad, así como los procedimientos disciplinarios, deberán estar sujetas a control judicial y estar previamente establecidas en las leyes, y no podrán contravenir las normas del derecho internacional de los derechos humanos.
2. Debido proceso legal. La determinación de las sanciones o medidas disciplinarias y el control de su ejecución estarán a cargo de autoridades competentes, quienes actuarán en toda circunstancia conforme a los principios del debido proceso legal, respetando los derechos humanos y las garantías básicas de las personas privadas de libertad, reconocidas por el derecho internacional de los derechos humanos.
3. Medidas de aislamiento. Se prohibirá, por disposición de la ley, las medidas o sanciones de aislamiento en celdas de castigo. [...] En todo caso, las órdenes de aislamiento serán autorizadas por autoridad competente y estarán sujetas al control judicial, ya que su prolongación y aplicación inadecuada e innecesaria constituiría

¹⁵² *Ibid.*, Principio XXI, Registros corporales, inspección de instalaciones y otras medidas.

actos de tortura, o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. 4. Prohibición de sanciones colectivas. Se prohibirá por disposición de la ley la aplicación de sanciones colectivas. 5. Competencia disciplinaria. No se permitirá que las personas privadas de libertad tengan bajo su responsabilidad la ejecución de medidas disciplinarias, o la realización de actividades de custodia y vigilancia, [...]”¹⁵³

El régimen disciplinario debe atender los principios emanados del Derecho Internacional de Derechos Humanos, a un mandato judicial y la previsión de las leyes respectivas de la necesidad de tal medida. Las mismas personas que están privadas de su libertad no pueden ejercer la ejecución de estas, así como se prohíbe sancionar sumariamente, además de que están prohibidas las medidas de aislamiento y/o las celdas o cuartos de castigo.

En las Medidas para combatir la violencia y las situaciones de emergencia, del Principio XXIII, el numeral 1, sobre medidas de prevención indica:

De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, se adoptarán medidas apropiadas y eficaces para prevenir todo tipo de violencia entre las personas privadas de libertad, y entre éstas y el personal de los establecimientos. Para tales fines, se podrán adoptar, entre otras, las siguientes medidas: a. Separar adecuadamente las diferentes categorías de personas, conforme a los criterios establecidos en el presente documento; b. Asegurar la capacitación y formación continua y apropiada del personal; c. Incrementar el personal destinado a la seguridad y vigilancia interior, y establecer patrones de vigilancia continua al interior de los establecimientos; d. Evitar de manera efectiva el ingreso de armas, drogas, alcohol y de otras sustancias u objetos prohibidos por la ley, a través de registros e inspecciones periódicas, y la utilización de medios tecnológicos u otros métodos apropiados, incluyendo la requisita al propio personal; e. Establecer mecanismos de alerta temprana para prevenir las crisis o emergencias; f. Promover la mediación y la resolución pacífica de conflictos internos; g. Evitar y combatir todo tipo de abusos de autoridad y actos de corrupción; y h. Erradicar la impunidad,

¹⁵³ *Ibid.*, Principio XXII, nums. 1 al 5.

investigando y sancionando todo tipo de hechos de violencia y de corrupción, conforme a la ley.¹⁵⁴

Prevención, capacitación y mediación, son conceptos pertinentes a estas medidas. La armonización de los distintos actores y pautas de conducta, y atender las situaciones a través de atenciones tempranas de alerta, pueden contribuir a evitar problemas mayores.

Las Inspecciones institucionales, citadas en el principio XXIV enuncian que:

[...] se podrán practicar visitas e inspecciones periódicas en los lugares de privación de libertad, por parte de instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, a fin de verificar, en todo momento y circunstancia, las condiciones de privación de libertad y el respeto de los derechos humanos. Al practicarse las inspecciones se permitirá y garantizará, entre otros, el acceso a todas las instalaciones de los lugares de privación de libertad; el acceso a la información y documentación relacionada con el establecimiento y las personas privadas de libertad; y la posibilidad de entrevistar en privado y de manera confidencial a las personas privadas de libertad y al personal.¹⁵⁵

Estas inspecciones son muy importantes, ya que pueden brindar la confianza de que existe transparencia en la labor que se genera en este tipo de lugares, y “a fin de que puedan verificar el respeto de la dignidad y de los derechos y garantías fundamentales de las personas privadas de libertad.”¹⁵⁶

En resumen, como se puede observar, lo completo de los principios antecedentes abarca una gran mayoría de los requerimientos mínimos necesarios para la digna privación de la libertad de personas en tratamiento; aunque en ningún momento menciona los servicios de un CR, anexo o modelo residencial para el tratamiento de las adicciones, lo plantea indirectamente, y sienta las bases para el ideal de tratamiento de personas privadas de su libertad en estos lugares.

154 *Ibid.*, Principio XXIII, num. 3.

155 *Ibid.*, Principio XXIV, Inspecciones Institucionales.

156 *Ibid.*

3.3. Legislación nacional

3.3.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹⁵⁷ (CPEUM)

La CPEUM, en sus artículos 1º y 4º, comprende temas que competen a la presente investigación; en el caso del artículo 1, habla sobre el control de convencionalidad¹⁵⁸ en materia de derechos humanos, el principio *pro persona*¹⁵⁹ y la no discriminación; y en lo referente al 4º, del derecho a la salud por igual a las personas.

En el capítulo I, sobre Derechos Humanos y sus Garantías se señala:

Artículo 1o.- En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.¹⁶⁰ [...] Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.¹⁶¹

Aplicando el principio *pro persona*, o sea, brindando especial énfasis en el respeto a la persona, se adecua el marco de los DDHH reconocidos en la CPEUM a los tratados internacionales en la materia a los que México se encuentre suscrito. Conviene señalar que este es un importante avance, ya que hasta antes de 2011, esta situación sobre derechos humanos y sus garantías constitucionales no aplicaban al territorio nacional. Además, en este mismo artículo se tiene que “Queda prohibida toda discriminación motivada por [...],

157 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en <https://goo.gl/ewhPzN>, consultada el 21 de Noviembre de 2016.

158 Adecuación del marco legal nacional en referencia a las instancias de DDHH a nivel internacional

159 Que requiere su vinculación con la violación de un derecho humano para su efectividad, favoreciendo todo el tiempo a las personas la protección más amplia.

160 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 1.

161 *Ibid.*, art 1.

las condiciones de salud, [...] o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”¹⁶²

Entre otras causas de discriminación, esta no debe ocurrir por condiciones de salud que dañen la *dignidad humana*, derechos y libertades. Esta última cita sirve de engarce con el Artículo 4º, el cual, en una reforma mediante decreto correspondiente al año 2012, señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud.”¹⁶³

3.3.2. Ley General De Salud (LGS)¹⁶⁴

La ley general de salud, aprobada y en vigencia en el País desde en 1984, se fundamenta en lo enunciado en el art 4º, de la CPEUM y reglamenta el derecho de protección a la salud.¹⁶⁵ En su artículo 2º habla sobre las finalidades de este derecho esencial, entre las cuales se puede encontrar:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud [...]¹⁶⁶

Además, en su artículo que versa sobre salubridad general, señala:

162 *Ibid.*, art. 1.

163 *Ibid.*, art. 4.(Reformado mediante decreto publicado el 8 de febrero de 2012)

164 Cofepris, Ley General de Salud, disponible en <https://goo.gl/a0vzlc>, consultada el 21 de Noviembre de 2016.

165 Ley General de Salud, art. 1.

166 *Ibid.*, art. 2, nums. 1-6.

XIX. El programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol; XX. El programa contra el tabaquismo; XXI. La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia.¹⁶⁷

3.3.3. Norma Oficial Mexicana 028 (NOM-028)

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (2009), que “tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones”¹⁶⁸ y “es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones,”¹⁶⁹ es la encargada de, si puede decirse así, sintetizar las perspectivas legales y profesionales de atención a personas consumidoras de drogas, estableciendo básicamente la manera en que deben atenderse las adicciones en México. La NOM-028, en su apartado número 5 referente a “generalidades”, señala que:

5.2 Los establecimientos especializados en adicciones que brinden atención residencial deben contar con: 5.2.4.1 Ambiente físico apropiado, limpio y seguro, 5.2.4.3 La alimentación suministrada a los usuarios debe ser balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario, 5.2.4.6 La relación del personal con los usuarios se basará en el respeto a su persona.¹⁷⁰

¹⁶⁷ *Ibid.*, art. 3, nums. XIX, XX, XXI.

¹⁶⁸ *NOM-028-SSA2-2009*, numeral 1.1.

¹⁶⁹ *Ibid.*, num. 1.2

¹⁷⁰ *Ibid.*, Generalidades, nums. 5.2, 5.2.4.1, 5.2.4.3, 5.2.4.6

La citada normatividad señala en su apartado pertinente a los internamientos dicta las directrices para un internamiento involuntario, para el cual es necesario que se cumpla con las siguientes condiciones:

5.3 El ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, **involuntario u obligatorio**, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario, pudiendo darse el ingreso obligatorio en los establecimientos que operen bajo este modelo que estén reconocidos por el CONADIC, debiéndose ajustar a los procedimientos siguientes: 5.3.2 El ingreso en forma involuntaria se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento. Todo internamiento involuntario deberá ser notificado por el responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor de 24 horas posteriores a la admisión.¹⁷¹

Resumidamente se tiene que un internamiento involuntario se debe dar cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Representar un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás.
- La indicación de un médico.
- La solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal.
- Notificar al Ministerio Público en un plazo no mayor de 24 horas posteriores a la admisión.

Esta normatividad en su apartado 9.2.2.3, señala que al ingreso se debe:

171 *Ibid.*, internamientos, nums. 5.3 y 5.3.2

9.2.2.3.1 Realizar a todo usuario una revisión física por persona del mismo sexo, sin que se atente contra su integridad, siempre en presencia de un testigo que, de ser posible, sea un familiar o en su caso, representante legal o tutor, para detectar golpes o heridas que requieran la atención inmediata de un médico e informar a la autoridad competente. 9.2.2.3.2 Preguntar sobre la existencia de malestares o problemas de índole físico o mental actuales, 9.2.2.3.3 En caso de que alguna persona acuda al establecimiento con un grado severo de intoxicación o con síndrome de abstinencia o de supresión, se debe referir inmediatamente a servicios de atención profesional, 9.2.2.3.5 Todo usuario que ingrese al establecimiento debe ser valorado por un médico en un periodo no mayor de 48 horas,¹⁷²

3.4 Conclusiones

Resulta interesante observar que las leyes, tratados y pactos en la materia están muy avanzados al respecto. Sin embargo -y como suele suceder en este tipo de casos-, esa distancia entre la ley y la realidad suele ser el gran problema.

En lugar de buscar armonizar la acción social en favor de una mejor convivencia, la praxis de derechos humanos suele fracasar, ya que la manera de concebirlos y ejercerlos, más que la ley como tal, es lo que marca “la separación y el abismo que existe entre la teoría y la práctica de los mismos”

Existe en casi todos los tratados o principios una insistencia en la dignidad inherente del ser humano; materializar esta idea de dignidad parece posible si se atiende a tales principios y/o leyes, sobre todo en el aparatado sobre personas privadas de su libertad, que dicta unas directrices claras de cómo deben llevarse a cabo estos internamientos.

¹⁷² *Ibid.*, Tratamiento, nums. 9.2.2.3.1 al 9.2.2.3.5.

CAPÍTULO IV EL VIS A VIS EN LA COTIDIANEIDAD DEL CR

4.1 Introducción

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo y de corte crítico. Este capítulo sobre la labor de campo, es un trabajo de naturaleza etnográfica, donde se recogen a través de entrevistas a profundidad, el diario de campo y una observación participante las impresiones de la vida diaria en un CR desde las mismas personas que viven ahí, a la vez que recoge también las impresiones de quien investiga, posicionado, a través de una objetivación participante, al lado de los usuarios/internos, para evaluar si hay evidencia de vulneración de la dignidad de quien recibe tratamiento en este lugar.

Estas decisiones metodológicas parten de la necesidad de obtener datos que lleven a describir y analizar la realidad que se vive en el CR, contada desde sus mismos internos y romper un poco con el discurso institucional abstracto, que no suele tomar en cuenta a los individuos que le componen.

El hecho de utilizar un método de entrevista a profundidad tiene como objetivo escuchar la voz al usuario en la cotidianidad del CR, y, además, pretende ser un pequeño ejercicio de dignificación a partir de mirar en la sociedad compleja que se forma en este lugar.

Mirar hacia adentro de este espacio, y escuchar la voz de quienes ahí residen en pos de un tratamiento para buscar solucionar sus problemas en el consumo de sustancias, escuchar la voz de sujetos llamados adictos, -palabra que por un lado es ofensiva, pero que lacónicamente puede significar que una persona no sabe cómo expresar las emociones-, es acompañar a quien vive la opresión de ser internado con o sin su voluntad, con el afán de rehabilitarle o para su recuperación, y que tiene una historia que contar, sobre cómo funciona desde dentro el CR, como se vive la experiencia en estos lugares. Y exige tomar nota de cada palabra, sentir y pensar -en la medida de lo posible- de estas personas.

Evidenciar un poco de lo que sucede en estos espacios, desde los usuarios de estos espacios, puede contribuir a reflexionar sobre su existencia y la necesidad de un tratamiento

digno, y a explotar el potencial dignificador que estos lugares pueden tener para un sujeto oprimido más de la modernidad: el usuario de drogas.

Para que esta labor de investigación sea lo más objetiva posible, es importante señalar el posicionamiento que como investigador tengo al respecto, y como esto obedece a varias prerrogativas.

El acercamiento y estudio de las dinámicas que se dan en el CR, y como estas dinámicas inciden en los usuarios que están internos en el mismo, no parten de una fortitud: quien investiga ha laborado por más de una década en estos lugares, y durante este tiempo, he observado que el hermetismo con que funcionan hace complicada la labor de mirar hacia adentro de un lugar, que, funcionando bajo la lógica de una institución total, con sus relaciones jerárquicas y estructura rígida, se vuelve potencialmente en un lugar de vulneración de la dignidad.

A lo largo de 10 años he laborado, en distintos espacios de tiempo, para dos instituciones que funcionan bajo la lógica del CR.

El enfoque con el que abordé inicialmente mi labor como Psicólogo Clínico en el área del uso compulsivo de las drogas en estos centros obedecía a una postura abstencionista/prohibicionista del uso de drogas -habiendo aprendido esto de sujetos que se recuperaron del uso compulsivo de sustancias con la metodología del programa de Alcohólicos Anónimos (AA)-; al notar las constantes reincidencias y los problemas concomitantes en el uso de drogas de estas personas, y con el paso de los años y la experiencia, me he ido decantando por una labor más de corte de reducción de daños, enfocando la atención a los factores de riesgo y protectores en el uso de sustancias.

Han sido de entrada estas vicisitudes las que me hacían pensar en la escasa efectividad terapéutica en el tratamiento en los CR, al enfocarse únicamente en el dejar de consumir y dejando de atender otros problemas que acompañan el uso compulsivo de sustancias.

El trabajar para estos lugares puede significar varias cosas. Por un lado, estrés ante los riesgos de enfrentarse a situaciones límite, como, por ejemplo, ver morir a personas que estando en estado crítico no son atendidos en las instancias de salud; el ser blanco de agresiones, tanto por parte de pacientes como de familiares; sobrecargarse laboralmente,

debido a que no existen muchas personas, profesionales o no, que deseen hacer la labor de trabajar con usuarios de drogas; observar el escaso o nulo apoyo por parte de las instituciones del Estado. Este conglomerado de problemas, entre otros, contribuye a no poder ofrecer un tratamiento de calidad a los usuarios.

En un contrasentido, la labor de acompañamiento de usuarios de drogas en tratamiento CR se convierte en una posibilidad de crecimiento profesional, a la vez que espiritual y emocional, ya que vivir de cerca el proceso de rehabilitación/recuperación del usuario, es una emoción indescriptible.

Personalmente considero que mi formación profesional la debo especialmente a los usuarios de drogas y al tratamiento en CR, ya que desde estos lugares y con estas personas, pude acceder a observar y entender casi todas las psicopatologías y ~~trastornos~~ que los manuales de psicología y psiquiatría ofrecen en sus catálogos.

Sobre considerar la adicción como enfermedad, aunque pienso que el enfoque médico del uso problemático de drogas tiene sus ventajas, no comulgo actualmente con la idea de ver a la dependencia de sustancias como una enfermedad o ~~trastorno~~, -siendo que al inicio de mi formación y trabajo con usuarios de drogas si lo era-, sino como reflejo de una sociedad caótica, que estimula las dependencias y desigualdades.

Por esto busqué investigar el problema desde una perspectiva interdisciplinaria, observando los de derechos humanos desde una vena crítica, que permitieran posicionarme al lado del usuario, y con esas diversas herramientas de disciplinas de las ciencias sociales tales como la filosofía, el derecho y la antropología, analizar la realidad en el tratamiento en el CR, y la manera que se vulnera -si es que sucede- la dignidad.

En mi experiencia laboral como Psicólogo, he escuchado durante años sobre los daños que vivían las personas al ser ingresadas el CR, y que estas eran una constante tanto en centros ubicados en este Estado, y en la República Mexicana en general, lo cual me hizo pensar que algo sucedía en la lógica de funcionamiento de estos lugares que los hacía tan potencialmente dañinos.

Sin embargo, esta misma experiencia como Psicólogo en los CR me ha llevado a pensarlos como escenarios potenciales de dignificación -siempre y cuando las condiciones del tratamiento lo favorezcan- a través tanto de la recuperación como la rehabilitación de usuarios de drogas.

Es esta dicotomía entre el tratamiento indigno y el potencial dignificador del CR, por un lado, y el escaso trabajo investigación de corte crítica sobre el tema, es lo que hace tan importante la investigación.

Por estas razones es que mi posicionamiento es al lado de quien vive la experiencia de estar en este lugar, enfocando la mirada al CR y analizando como el tratamiento en este lugar vulnera la dignidad, desde la perspectiva de los mismos usuarios, y escuchar esas voces, que en muchas ocasiones se pierden en el camino del tratamiento.

4.2 Procedimiento

La labor etnográfica se realizó en un CR ubicado en un Barrio Popular de clase baja, enclavado en las periferias de San Luis Potosí; dadas las condiciones de confidencialidad que pidió la institución guardar con respecto a la misma es que no se otorgan los datos exactos de su ubicación, ni nombre de la misma, y sólo se permitieron tomar algunas fotografías del exterior del lugar; así mismo, se guardará igualmente confidencialidad de las entrevistas realizadas a los usuarios internos del lugar, usando en este caso nombres ficticios para identificarles, firmándose para tal efecto una hoja de confidencialidad¹⁷³ de la información recabada y permiso para audiogravar la misma, signada por usuario, familiar, y encargado del lugar.

Este trabajo se inició el 18 de octubre del año 2016 y concluyó el 20 de enero de 2017, con una duración de tres meses. La frecuencia de visitas fue de tres a cuatro veces por semana, visitas con duración promedio de entre 3 y 6 horas.

Aunque de entrada se permitió el acceso a todas las instalaciones, se pudo apreciar las primeras semanas de visitar el CR que había cierta reticencia a que se pudiera ver todas las actividades que ocurren en el mismo, observando que sólo se me permitía acceder a la sala de juntas y a una parte de los dormitorios; sin embargo se pudo recabar información fidedigna de casi todas las actividades que ahí ocurren, ya que conforme pasaba el tiempo, los internos fueron sintiendo más confianza con el investigador, y pude entrar a todo el espacio arquitectónico del CR.

¹⁷³ La cual se encuentra en los anexos de esta tesis.

La estrategia de entrada al CR consistió en vincularse a través de un líder local de CR en la entidad, quien amablemente medió la negociación con el director del mismo. Cabe mencionar en este apartado, que, si bien la experiencia de una década trabajando en CR me ofrecía una posición privilegiada para investigar, la entrada a este lugar no hubiera sido posible sin esta mediación, ya que como se ha mencionado, el hermetismo del CR hace difícil el acceso, pudiéndolo comprobar en el hecho de que primero busqué establecer el vínculo con el director, obteniendo resultados infructuosos.

Como parte de la negociación se acordó que se pagaría el acceso, por así decirlo, con una serie de charlas sobre manejo de conflictos emocionales basadas en el programa de los 12 pasos de la AA y algunos acompañamientos breves terapéuticos,¹⁷⁴ lo cual, cabe mencionar, facilitó el proceso de observación participante, muy necesaria para estrechar vínculos con los usuarios.

Sobre los acompañamientos terapéuticos, hay que señalar que separar la función de psicólogo de la de realizador de una etnografía no me resultó tan compleja, dado que no esperaba obtener datos para la investigación de estos acompañamientos, sino más bien fue una herramienta que sirvió para reforzar lazos empáticos con internos, e indirectamente facilitó obtener datos de las entrevistas y las charlas informales en el lugar.

Los subtemas de esta apartado incluyen una aproximación a una descripción densa de la vida cotidiana en el CR a partir de la perspectiva de los internos, con aspectos relevantes recogidos en el diario de campo y en las entrevistas a profundidad, que permitan hacer un breve análisis de la realidad imperante en el CR y como se vulnera la dignidad en el tratamiento que ahí se brinda.

4.3 Sobre el lugar: privado, cerrado y de entrada indirecta¹⁷⁵

Es necesario abordar estas tres categorías al hablar del espacio del CR, ya que saber de antemano el tipo de espacio al que se va a entrar a investigar permitirá no encontrarse con dificultades innecesarias en el trabajo de campo.

174 El investigador de esta tesis tiene formación de Licenciado en Psicología por parte de la UASLP.

175 Los conceptos que dan título a este apartado son retomados de una propuesta para el abordaje etnográfico del espacio donde interaccionan grupos complejos, del texto de Alejandro Vazquez Estrada y Adriana Terven Salinas, Coords, *Tácticas y estrategias para mirar en sociedades complejas*, Queretaro, México, UAQ, 2013.

La presente investigación es de corte cualitativo; por ende, es necesario explicar la importancia de atender a las características del lugar a visitar, teniendo en cuenta que la “investigación cualitativa se lleva a cabo en el entorno natural”¹⁷⁶, o sea, en el lugar donde ocurren los hechos a investigar. Es por esto que es necesario detener un momento el análisis en el apartado sobre la definición del lugar, teniendo en cuenta que “Cuanto más claro se tenga desde donde se mira, [...] más sólido es el camino que se recorre al investigar.”¹⁷⁷

Aunque “El lugar de estudio no es el objeto de estudio”¹⁷⁸, perifrasedo al mismo Geertz, no sólo se estudia el CR, se estudia en el CR.

El fenómeno a estudiar se abordará desde un lugar que es el “sitio físico desde el cual se miran las sociedades complejas.”¹⁷⁹ Además, el lugar a visitar, cumple con las características de ser privado, cerrado, y de entrada indirecta. Los lugares privados “presentan un grado mayor de dificultad al planearse como sitios desde donde mirar. En ellos, es necesario explicar mucho más la presencia del investigador y solicitar permiso para entrar.”¹⁸⁰

Si a esto le añade que es un lugar cerrado y que este “sitio de observación es un centro altamente restringido, como un reclusorio, un internado o un hospital,”¹⁸¹ se debe planear una estrategia, que permita realizar la investigación de manera efectiva.

El lugar, al ser de entrada indirecta, puede ofrecer un acceso más fácil si se tiene en cuenta que esta se puede negociar “a través de la relación con personas cercanas o pertenecientes al lugar de estudio.”¹⁸²

176 Jhon W. Creswell, *Research design. Qualitative quantitative, and mixed methods approaches*, USA, SAGE Publications, 2003, p. 181.

177 Angélica Álvarez Quiñones, “Mirar dónde”, en Alejandro Vazquez Estrada y Adriana Terven Salinas, Coords, *Tácticas y estrategias para mirar en sociedades complejas*, Querétaro, México, UAQ, 2013. p. 58.

178 Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona, 2003, p 33.

179 A. Alvarez, *op. cit.*, p. 58.

180 *Ibid.*, p. 63.

181 *Ibid.*, p. 64.

182 *Ibid.*, p. 66.

Como ya se señaló en la parte introductoria de este capítulo, el permiso de entrada al lugar se negoció con el Director del lugar a través del vínculo con un líder de CR en SLP, lo cual permitió superar las dificultades que se presentaban de entrada.

4.4 La vida cotidiana en el CR

4.4.1 El espacio arquitectónico

El CR está enclavado en una Colonia Popular de las periferias de San Luis Potosí; se encuentra a media cuadra de una avenida principal donde existen comercios diversos, desde puestos de tacos, gorditas, carnitas, etc., pasando por depósitos de venta de vinos, cerveza y alcohol en general, hasta tortillerías, carnicerías.

La concentración de personas en esta zona es densa, sin llegar a ser imposible caminar por las aceras. La misma avenida suele delimitar zonas específicas de influencia de un par de bandas.

Es sobre esta avenida principal que son visibles dos pequeños nichos, con imágenes de la Virgen de Guadalupe y Cristo, que representan el lugar de la muerte de dos jóvenes de pandillas -lo cual se puede ver al notar que está escrito el nombre de la banda y el apodo del joven- de la zona, la cual cabe mencionar, suele ser escenario frecuente de batallas campales entre jóvenes banda.

El uso de drogas tales como alcohol, marihuana, solventes, etc, es parte de la cotidianeidad de este sector; es, por ejemplo, una escena común ver algún joven consumiendo inhalantes en la vía pública, o personas alcoholizadas sobre la misma.

Las casas que componen la colonia son pequeñas, todas pintadas de una gran gama de colores y la mayoría de un piso.

En medio de este escenario, se erige un edificio de cuatro pisos que desentona con las construcciones de la zona por sus dimensiones, y que en su razón social funciona como una asociación civil dedicada a atender problemas relacionados con el consumo de drogas, el “Centro de Rehabilitación”.

El lugar es una construcción de 4 pisos de ladrillo gris, sin acabado, o sea, sin pintura ni tirol que lo recubra. Hace esquina con un pequeño callejón que brinda salida a una calle trasera, y al otro lado hace frontera con una casa donde vive una señora que es amiga de las personas del CR, inferido esto por la familiaridad con las que se nota que habla con encargado y director del lugar.

En el 1er. Piso de la construcción, en la parte de la fachada, hay una lona con los datos generales de la institución: razón social, servicios, horarios y teléfonos. En este primer piso se encuentran tanto la oficina del encargado, como la del director. En la primera comúnmente se lleva a cabo todo el papeleo de internamiento, pagos y recepción de artículos personales y de aseo para internos, además de ser el lugar donde se ofrece información sobre servicios y costos de la institución.

En la oficina del director, anexa a la primera, este recibe las visitas de personas de grupos de Alcohólicos Anónimos, y es donde el director soluciona todo lo relacionado con el funcionamiento del centro. Además, hay un pequeño privado donde el director tiene una cama y televisión, y un pequeño jacuzzi, que son de uso exclusivo de él. Conviene señalar que este espacio del privado, es un espacio de uso cotidiano por parte del director. Igualmente hay una despensa para lo necesario para el centro, desde artículos de limpieza y papel higiénico, hasta comida y aceite, a la cual también sólo tiene acceso el director y en algunas ocasiones el encargado.

Existe igualmente en este primer piso, un cuarto donde duerme el encargado, donde tiene unas cobijas para dormir, lo cual cabe mencionar, lo hace directamente en el suelo. Igualmente hay un botiquín donde resguardan medicamentos.

Hacia la izquierda de la oficina del encargado hay inmediatamente una puerta corrediza, cerrada con candado, que es la primera entrada al CR, y un metro después, hay una segunda puerta, igualmente cerrada bajo llave, que lleva a una escalera estrecha donde sólo cabe una persona, y que es la conexión con el segundo piso.

Sólo el director, el encargado y algún servidor de confianza tienen acceso al uso de las llaves, y éstas son usadas para abrir los accesos referidos cuando hay alguna visita del exterior, cuando se ingresa algún nuevo usuario o se le baja la comida al encargado,

En este segundo piso hay igualmente una puerta de acceso con las mismas características que las anteriores; en este lugar se encuentran las habitaciones de los internos, lugares de más o menos 2 por 2 metros, donde hay pequeñas literas para 2 y 4 personas; en total hay 6 habitaciones, incluido el cuarto de valoración, -del cual se hablará más adelante en este capítulo- y una pequeña sala sin muebles o sillones y una televisión y un dvd; esta pequeña sala, consta del cuarto de baño y servicio de W.C., el cual no es completamente privado ya que le falta una pared. Esta sala está cerrada normalmente durante las noches o en las visitas familiares los días domingo.

Siguiendo nuevamente por otras escaleras estrechas, pero ahora sin puertas ni candados, se accede al 3er. Piso, donde se encuentra la sala de juntas y una pequeña sala sin muebles divididas por una pared; cabe señalar que la sala de juntas es muy amplia, con una capacidad para unas 25 o 30 personas, tiene bancas de fierro, que, aunque no son muy cómodas, acomodan sin amontonarse fácilmente a 4 o 5 personas cada una, usando como respaldo las paredes de la sala; este piso cuenta también con un W.C. con puerta.

Esta sala funciona a su vez como comedor. Un comentario al margen: este lugar tiene un piso que retumba cada que uno camina, o sea, da la sensación que es muy débil, y por otro lado, tres de las paredes de la misma sala llegaron a estar húmedas casi por completo en un periodo que llovió durante una semana en San Luis Potosí, y esta humedad era evidente hacia adentro y hacia afuera de la construcción, lo cual daba una sensación de inseguridad, ya que el reblandecimiento de las paredes las hacía verse frágiles, todo esto teniendo en cuenta que sostienen un techo del siguiente piso.

El acceso al 4º. piso es por una escalera vieja y desvencijada, un poco peligrosa por la cual se sube sujetado de pies y manos, y que hace complicado el acceso- es importante hacer notar que, durante una visita posterior al CR, tres meses después del trabajo de campo, esta escalera fue reemplazada por una de ladrillo, más segura que la anterior-, hacia la zona donde los internos suelen lavar y hay una pequeña habitación que funciona como cocina de la institución. Visto desde la calle, inmediatamente resalta en el 4º piso una malla de acero (Fig. 1) que cubre la parte de la fachada y el techo; aunque se ve frágil, impresiona por dar la sensación de encierro.



Fig. 1 Vista de la fachada del CR, en particular pisos 3 y4.

Esta sensación se refuerza a partir de que, en la entrada, después de la oficina, empiezan la serie de 3 puertas que van a llevar al segundo piso, y cada una de estas puertas elaboradas de un material parecido al acero y con barrotes, encontrándose cerradas cada una bajo llave que sólo el encargado puede portar y autorizar su uso a alguien más.

En un costado de este cuarto piso en la pared se observan, cerrados con cierta torpeza y con diferente material, un par de boquetes¹⁸³ por los cuales, según señalan los internos, se han fugado varios usuarios. Aquí hay que decir que desde este lugar hasta el techo de la casa vecina privan entre 2 y 3 pisos, que los internos han saltado para fugarse de la institución.

La construcción, como ya se ha mencionado, es completamente de ladrillos, en el exterior no tiene acabados aún, y parece estar en proceso constante de construcción; de hecho, durante el trabajo de campo se nota que se hacen modificaciones y mejoras en varios sitios de la misma.

La construcción está bien pintada en el interior y tiene algunas señaléticas que indican la actividad que se realiza en casi cada lugar de la misma. Sin embargo, se observa que no hay salidas de emergencia, y no existe la suficiente ventilación e iluminación del lugar, no hay acceso para personas con algún tipo de discapacidad. Esta dificultad en el acceso de personas discapacitadas es tangible ya que hay un par de personas con discapacidad motriz, que usan muletas, y otra persona con apariencia de estado

¹⁸³ Véase más adelante en la Fig. 3, estos boquetes u hoyos de los que se habla.

esquizofrénico¹⁸⁴ con un brazo enyesado por una fractura sufrida al saltar del cuarto piso en un intento de fuga del lugar.

En general el lugar otorga una sensación un poco asfixiante e irritante si se siente molestia con los espacios cerrados o en un lugar sumamente estrecho. Todos los pisos cuentan con señaléticas de emergencia, están bien pintados, y aunque se cuenta con extinguidores suficientes para todo el CR, todos estos se encuentran ubicados en la oficina, y con fechas de caducidad vencida.

Perros y gatos, forman parte de la vida cotidiana en el CR, estando varios –los llegué a ver hasta en el segundo y tercer piso de la construcción. Algunos son mascotas del director, otros entran y salen simplemente del lugar.

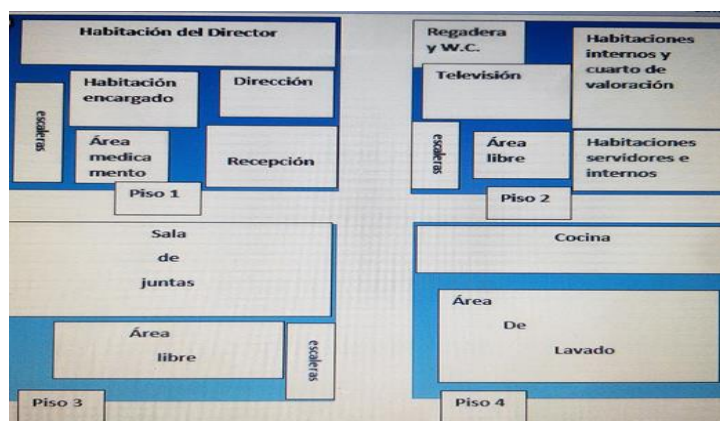


Fig. 2 Mapa de las instalaciones por pisos.

Después de esta breve descripción del lugar y una muy breve descripción de algunas de las actividades que se realizan, se revisarán algunos aspectos de cómo se da la interrelación entre los integrantes del CR en las actividades diarias observadas durante la labor de campo.

184 Conviene decir que esta es una inferencia que hace el investigador basado en su experiencia en Psicología Clínica y no representa un diagnóstico clínico estricto en sí; en apariencia el sujeto del que se habla manifiesta cierto desapego con la realidad, sin estar ubicado espacio-temporalmente, su mirada extraviada, con un lenguaje disociado y un tanto incoherente, según lo observado en sus participaciones en las sesiones grupales.

4.4.2 Ingreso

La manera más común de establecer contacto con el CR se da entre la familia del usuario y el encargado; este primer contacto normalmente es vía telefónica. Por esta vía se da información, se establece el costo y tiempo de internamiento, y se otorga al personal un permiso verbal de trasladar al usuario de drogas al CR, sin que medie ninguna autoridad ni profesional en el proceso.

Cuando se es una persona que ya estuvo internada aquí, se ahorran esta parte y la familia sólo avisa a donde pasar por el usuario. Como justificante del internamiento no suele haber diagnósticos psiquiátricos o psicológicos, se confía en la experiencia del director o del encargado para valorar si es necesario el tratamiento, y en la palabra de la familia sobre la emergencia o necesidad de internamiento.

El servicio de “Paso 12”¹⁸⁵ se hace a cualquier hora del día. Para realizarlo, un equipo conformado de entre 5 y 7 personas, entre internos y egresados del CR, trasladan al usuario de drogas a las instalaciones, para lo cual lo someten -en ocasiones golpeándolo- y lo sacan literalmente de donde se encuentre, ya sea la casa, la esquina del barrio, la calle:

Tomás: “[...] habla la familia y ya nos dan el domicilio y entonces ya vamos por el por ellos y nos metemos hasta la casa y uno no sabe lo que pueda pasar al estar adentro de la casa... pero por consentimiento de la familia, no por consentimiento de, no por huevos de aquí veda, es porque la familia lo decide [...]”.¹⁸⁶

Como se nota en el extracto de este relato de “Tomás” -un usuario de drogas que ha estado 17 veces anexado en CR, es el servidor de confianza, y ha cumplido en reiteradas ocasiones la función de servidor de paso 12 o traslado de usuarios de drogas al centro-, en cuestión de los internamientos la familia es quien suele autorizar el traslado:

Emilio.- “[...] si estoy aquí el día de hoy es por decisión de mis familiares que ni

¹⁸⁵ En el argot de los CR, hacer la labor de paso 12 se toma del 12vo. Paso del programa de Alcohólicos Anónimos, que habla de “llevar el mensaje” a aquel que está padeciendo. Sin embargo, este paso no habla de trasladar contra su voluntad al usuario de drogas, y tampoco de que se le deba internar para su recuperación o rehabilitación.

¹⁸⁶ Las entrevistas a internos del CR se realizaron el día 18 de enero del 2017; esta etnografía recoge datos de estas entrevistas, y de los datos recogidos en el diario de campo durante el proceso de la labor etnográfica.

siquiera me preguntaron que ni siquiera se dieron cuenta si realmente lo necesitaba o no, ... yo siempre he pensado que una que para ayudarte tiene que ser de buena voluntad y tiene que ser de parte de uno también voluntariamente querer cambiar, no que te obliguen tus familiares, el gobierno ni tu círculo social, [...].”

Emilio tiene una semana de internado en el CR. Cuenta con 30 años de edad, se presume que consume la droga llamada “cristal”, aunque el menciona que solo consume marihuana y alcohol de manera esporádica; es casado y tiene dos hijos, y actualmente no trabaja. Vive la primera experiencia de internamiento involuntario en un CR, como es obvio en su relato, considera que esta manera de internar -involuntaria- no ayuda al cambio.

Por otro lado, este procedimiento de trasladar usuarios no está exento de peligros:

Tomás.- “[...] cuando uno va por doceavos¹⁸⁷ este se pone medio canijo, aja, porque los agarras medios locos y no sabes cómo vayan a reaccionar o si traen un arma o algo... un doceavo es por ejemplo un enfermo, o sea un enfermo de alcoholismo o drogadicción que hablan y va uno por él y corre uno mucho el riesgo, yo he corrido varios riesgos en otros CR que nos han sacado armas y todo y a unos nos los hemos podido traer y a unos no... aunque esté con la bola, con la banda, con los chavos, como esté... es un riesgo que se corre pero pos ni modo, hay que también echarles la mano [...].”

Se resalta este punto porque está tan expuesto a vulneración de la dignidad el usuario por el que van, como los mismos usuarios que van a realizar el traslado

Aquí también conviene señalar que hay otras maneras de ser ingresado, ya sea llevado por la misma familia al CR, o con el apoyo de Seguridad Pública:

Rogelio.- “Sí, siempre me traen con la policía.”

De los entrevistados y la información recabada en el diario de campo, sólo esta persona es trasladada por seguridad pública al CR; de los demás internados, en los

¹⁸⁷ Doceavo: categoría que se le da al usuario de drogas que será internado en el CR.

involuntarios, algún familiar autorizaba el internamiento, o bien, en los “voluntarios”, acompañaba al usuario hasta las instalaciones.

Los internamientos duran en promedio 3 meses, siendo la primera visita familiar a las tres semanas de internado, los días domingo; este requisito no se cumple en todos los casos, sin embargo, es algo así como el procedimiento estándar.

Durante el tiempo de internamiento no se tiene oportunidad de comunicación con el exterior -están prácticamente “aislados del mundo exterior”- ni a través de llamadas o cartas, o algún otro medio. El contacto con el exterior no se da a excepción que sea autorizada la visita, y, valga la redundancia, que los familiares la efectúen, o al realizar un traslado a la institución.

Aunque en algunas ocasiones la persona se interna voluntariamente, la mayoría de las veces, un 90 % -según un cálculo apriorístico del encargado del lugar, basado en su experiencia- se da de manera involuntaria, siendo ese otro 10 % internamientos voluntarios motivados principalmente por presión de la familia, autoridades, por pérdida de trabajo, etc.

Si bien el cálculo anterior deriva de la opinión del encargado, y no se tuvo acceso a los expedientes para corroborar tal información, hay cierto grado de confianza en los datos aportados, ya que el encargado actual, Alberto, -un señor de 52 años, divorciado, albañil de oficio y jefe de obra, actualmente pensionado, diagnosticado con diabetes e hipertensión, quien tiene discapacidad motriz, sólo tiene una pierna y necesita de muletas para caminar-, desde hace 8 años ha sido parte de la institución, entrando y saliendo por reincidencias en el uso de alcohol, y en esta ha cumplido en múltiples ocasiones la función o servicio de encargado. Así, que puede decirse que conoce bien el funcionamiento del CR en cuestión.

El costo del internamiento varía entre los 250 y los 300 pesos semanales por usuario, aunque hay quienes están de manera gratuita en el lugar; de lo recaudado, según palabras del encargado y el director, no suele ser suficiente para los gastos del lugar. Alberto comenta que muchas veces él hace entrega de lo recaudado y no “*sabe qué hace el director con el dinero,*” aludiendo a una mala administración de su parte.

Según el mismo Alberto, la capacidad de brindar albergue a personas del lugar es más o menos el siguiente: *“Tenemos capacidad para 60 personas, pero ahorita tenemos 20... en promedio anual tenemos 45.”*

Conviene señalar que el número de camas observado y los números otorgados no concuerdan, por lo que investigando un poco más se encontró que cuando se ocupan todas las camas duermen de a dos personas por cama, como comenta Rogelio: *“[...] yo comparto la camita con un vato más gordo que yo, y pos duermo en la mera pinche orillita”*, o en su defecto, en el suelo.

Este interno, Rogelio, es un señor de 45 años, soltero, sin hijos, una persona de “rancho”, como a él le gusta denominarse ya que no es de este municipio sino de uno aledaño a la capital del Estado; se encuentra en su segundo internamiento en este lugar, donde ya lleva nueve meses, y refiere tener problemas en el consumo del alcohol desde hace muchos años.

Los criterios de inclusión o para poder ser ingresado al CR no se encuentran a la vista del público, pero por palabras del encargado son : ser hombre, usuario problemático de drogas, o en su defecto por ingobernabilidad,¹⁸⁸ que se interne voluntariamente, y si es de manera involuntaria, que un familiar autorice el ingreso; ser mayores de edad, siendo excepcionales los casos donde se reciben menores -cabe mencionar igualmente que durante la investigación fueron ingresados por lo menos 5 menores de edad- y si es que esto sucede, se les manda a dormir en una habitación donde no compartan con adultos y se bañan igualmente en horarios diferentes a estos, para que *“luego no vaya a haber problemas”* dice Tomás.

4.4.3 Valoración

El usuario llega al centro directamente a valoración, a la habitación designada para tal labor; dependiendo que tan intoxicado llegue, puede estar ahí de uno a tres días.

¹⁸⁸ Conviene señalar que este tipo de internamientos suelen ser de personas jóvenes, duran menos tiempo que el establecido que un internamiento normal, y suele tener un carácter “preventivo”, según palabras del encargado, para que, ya sea que el joven no consuma drogas, o si ya lo hace, no llegue al grado de abuso o dependencia.

Para llevar a cabo esta delicada labor de valorar, normalmente la institución, a través del encargado y el servidor de confianza, designa de uno a cinco valoradores -este número va depender de que tan agresiva pueda llegar la persona-, que son mismos usuarios internos en el CR, que cuidan 24 hrs. al recién llegado.

En la óptica de los usuarios del CR, valoración es:

Emilio.- “[...] ver que tan dañado vienes por las drogas, es ver si necesitas una ayuda ya muy personalizada.”

Tomás.- “[...] se le lavan los pies se le valora veda, le ponemos un valorador que le esté llevando al baño, le esté dando de comer, [...].”

Jaime.- “[...] a veces tienes que darles comida en la boca, hasta se cagan, quitarles todo lo cagado.”

Haciendo un paréntesis, Jaime es oriundo de la ciudad de México, y criado en Tijuana, tiene 31 años, es casado desde hace 11, mismo tiempo que lleva viviendo en San Luis Potosí; tiene tres hijos, y a causa de su consumo excesivo de “cristal” perdió su trabajo y su esposa decidió separarse temporalmente de él. Esta es su primera vez en un CR, Está internado de manera voluntaria en este CR.

Para Rogelio:

“Valorar es por ejemplo tu llegaste como anexado pedo y drogado, valorar es que te estén cuidando, oye que quiero mear, y abrimos el bote pa’ que míe, quiero cagar, pues lo llevas al baño, que el papel, pues le limpias, y ya cuando sale, que se bañe y agarre su ropa y decirle donde van a estar sus cosas, para que él ya se haga cargo de sus cosas me entiendes... Vino, si a veces, les dan un traguito, o dos traguillos y nada más y ya estuvo. Por ejemplo, si llega pedo, borracho, una noche, o dos cuando mucho, y ya, te sacan a bañar y a juntas, [...].”

Valorar es estar al tanto y atentos, cuidando de lo que sucede con el usuario que llega intoxicado. En esta última parte de la entrevista a Rogelio, se lee que se les da un traguito de alcohol a los que llegan intoxicados por consumo del mismo; en el caso de los

demás síndromes de intoxicación por otras drogas, los valoradores no saben bien que es lo que se hace, así que suelen bañar al sujeto con “agua helada”.

Una cuestión a resaltar de este proceso, es que no hay atención médica, aunque la persona muestre signos de intoxicación fuerte con alguna(s) droga(s):

Rogelio.- *“Nunca me vio un doctor. Nomás me miraron que como estaba, que eso y todo, pero nunca me dieron medicina.”*

Alberto.- *“[...] y jamás, jamás de los jamases me han traído un Médico, lo tuve que conseguir yo [...].”*

En una de las visitas, al dar una vuelta por el cuarto de valoración, se pudo constatar las condiciones insalubres del espacio dedicado a esta labor: el olor era nauseabundo, a sangre podrida, orín y olor a hongos de pie; había en ese momento una persona que estaba siendo valorada y denotaba signos fuertes de intoxicación por consumo de alcohol: sus ojos y tez estaban amarillentos, se notaba cansado, ebrio aún, no lograba asociar un par de palabras, mucho menos una frase completa; para su cuidado estaba una persona, un “valorador”, que señala que el usuario llegó un día anterior, y que durante la madrugada se “endelirió”¹⁸⁹, por lo que tuvieron que amarrarlo. Un par de días después, Rogelio cuenta la situación así:

“[...] entons como ahorita estaba un Don que tenía delirios, y hubo necesidad de amarrarlo con un mecate y de, por que pos no se paraba, y quería andar, andaba como loco el guey, y era necesidad de amarrarlo, entonces ya salió y anda tranquilo el Don [...].”

En el transcurso de estas valoraciones, se llegan a utilizar bajo ciertas circunstancias, estas acciones de amarrar, y/o hasta golpear al interno que está siendo valorado:

Rogelio.- *“Los amarramos... si, con mecates, hasta chingadazos le dieron también... Por loco que andaba el cabrón, ¿si me entiendes? Lo mismo tu harías con otra persona que no entiende: pos órale, que no entiende, a chingadazos; ya*

189 Así le llaman en el CR cuando una persona entra en un delirium tremens, o tiene ataques convulsivos.

cuando le dieron chingadazos, entonces sí reconoció, ya se apaciguó también, sintió la verga.”

Desde esta lógica, amarrar y golpear a los internos que están siendo valorados se convierte en un ejercicio que responde no tanto a una violencia banal, sino a un ejercicio de control necesario para que el individuo, entrecomilladamente hablando, se adecúe al lugar.

Según comenta Tomás, los cuidados en valoración le fueron enseñados en el mismo CR:

“Del centro, del CR, entonces, pos aquí se me enseña a cómo tratar una persona cuando llega alcoholizada y todo, como sacarla de, como en veces les dan ataques, delirios, ya sé cómo tratar a las personas; pos de ahí les voy enseñando a los demás como deben tratar a una persona.”

A propósito de los ataques, Rosendo, un joven que había sido seleccionado para ser entrevistado, y que posteriormente se fugó, señala que ante un ataque epiléptico que estaba teniendo un interno por consumo de alcohol que estaba en valoración, le quitó uno de sus converse (tennis) a otro interno, y se lo puso en la boca, siendo esta la manera de atender tal emergencia.

De las personas con las que se tuvo contacto en el CR, sólo Tomás habló de haber sido “capacitado” para atender a un doceavo en valoración. Esta capacitación le fue brindada por otros servidores, y consistió en enseñarle que al doceavo hay darle de beber pequeños sorbos de una infusión de Té de Manzanilla con alcohol, hasta notar mejorías -las cuales no dijo en qué consisten-, estarlo cuidando 24 hrs., y si llega a “endeliriarse” la solución es “amarrarlo” hasta que este estado pase.

Fuera del marco de la entrevista se le pregunta a Tomás sobre cómo es que atienden a usuarios que han consumido otro tipo de drogas, y señala que sólo se les cuida hasta que pasa la intoxicación, señalando además que no ha sido capacitado para atender este tipo de situaciones.

4.4.4 Servicios

Después de salir del proceso de valoración, que dura de uno a tres días, se pasa a un servicio. Un servicio es realizar una labor que contribuya a mantener el buen funcionamiento del lugar y que contribuya -en opinión de los usuarios entrevistados- a desarrollar humildad y valorar la vida diaria que se llevaba fuera de la institución:

Tomás.- “[...] la positiva es lo que te digo que se enseña a valorar lo que en un exterior lo desaprovechamos por ejemplo que el plato de comida veda, que lo despreciamos en la casa y muchas veces ni nos lo comemos por andar de cabrones verdad, [...].”

Casi todos los servicios son realizados por los internos como parte del tratamiento en el CR; estos servicios se pueden condensar de la siguiente manera:

- Valoración
- Comida
- Limpieza
- Designación de servicios y Cuidado de internos¹⁹⁰
- Paso 12
- Servicio de recolección de alimentos

Los servicios de limpieza pueden ser:

Rogelio.- “Por ejemplo, abajo, abajo, aquí hago el de la sala de juntas, barrer, si ‘onde se mian los perros, tallar, secar, me entiendes?. Limpiar las bancas, las mesas y el baño, la taza, el papel del baño sacar y que quede limpio es lo que hago todos los días.”

Así, a cada área del CR le corresponde alguien que haga el servicio de limpiar; en el caso de los cuartos, la responsabilidad de su limpieza les queda a los internos que están en cada uno de estos, incluyendo esto, hacer la cama, barrer y trapear, etc.

¹⁹⁰ El cual es realizado en conjunto por el encargado y servidor (es) de confianza.

Prosiguiendo con algunos de los servicios en el CR:

Alberto- “[...] el servidor consigue materiales, nos lo regalan, una parte la familia, la otra parte se consigue... más que nada y en el rastro... anteriormente era Lupito, orita no tenemos, él sólo surte todo.”

La historia de Lupito es muy particular en el CR: un servidor de confianza que durante el trabajo de campo de la presente investigación -tres meses- fue ingresado contra su voluntad y egresó del CR en 4 ocasiones, sin completar siquiera una semana completa internado; este joven reincide constantemente en el consumo de sustancias; sin embargo, como su función de servidor es tan importante para el sostenimiento del CR, se le permite salir rápidamente a prestar su servicio de conseguir insumos alimenticios en la Central de Abastos, sin haber cumplido con el tiempo mínimo de estancia.

Su historia me parece importante de resaltar, ya que es un interno al que no se le permite terminar un proceso de internamiento, cuando ya nuevamente está en la calle, coartando con esto la posibilidad de recuperarse. Además, sobre el recae toda la responsabilidad de recolectar alimentos para la institución.

Al respecto del servicio de designar los mismos y el cuidado de los internos, eso suele realizarlos sobre usuarios que ya tengan experiencia al respecto, o que hayan estado anexados anteriormente, como es el caso de Tomás:

Tomás.- “Mi función es estar checando que todo esté en orden, que no anden peleando, que hagan caso, pa’ que se formen una carácter veda, cuando, por ejemplo que se enseñen a tender su cama, a barrer a trapear, este, para cuando salgan a un exterior este, sepan, este, lo que es barrer y trapear, ya no, ya no dejarle todo a la mamá o a la familia veda, eh, levantarte y tender tu propia cama y si verdad, enseñarte a lavar, a lavar trastes, incluso pues enseñarlos a hacer de comer y todo eso, veda, sí que no haiga desperfectos aquí... yo por ejemplo, yo soy el primer servidor de aquí del anexo, yo decido, ponemos a un segundo servidor a un tercer servidor para que cada uno vaya checando un área, y por ejemplo y yo nada más me encargo de checar todo el centro de rehabilitación y si algo está mal le digo al servidor mira dile a esta persona que le vuelva a barrer o que haga bien

sui servicio, pero para beneficio de todos, por que como vivimos todos tenemos que tener limpio, andar aseados, incluso como aquí no se les permite traer su rastrillo, y nosotros mismo nos dedicamos a rasurar a las personas o quienes no pueden bañarse como el ejemplo de Rambo que está aquí, lo curamos lo bañamos, y todo.”

Aunque la última palabra procede de la dirección y el encargado del CR, el primer servidor, en este caso el interno Tomás, designa el servicio de cada interno.

La cocina es otro de los servicios importantes en el CR; suelen ser tres servidores quienes se encargan de llevar a cabo esta labor de hacer tres comidas diarias para los internos. Entrevistando al cocinero en jefe en turno, comenta que todavía hace dos meses les daban comida en mal estado, papas crudas y tortillas frías y duras -cuando hay tortillas-; al día de hoy no hay gas y suelen tener desabasto de comida. Sin embargo, su hermana surtió la alacena hace 15 días, y la surtió muy bien.

Observo, en lo que me invitan un poco de barbacoa - la cual tiene buen sabor- que les llevaron para comer ese día, que cocinan en parrillas eléctricas, y estas tienen los cables de electricidad al descubierto, con el riesgo que eso puede implicar. La cocina es un lugar que, aunque pequeño y humilde, con implementos mínimos para realizar sus labores, está bien aseado, y los cocineros igualmente denotan limpieza en su físico. Un platillo típico del CR, por ejemplo, son las papas en caldillo, verduras y tortillas. En general tiene buen sabor. El agua que dan de beber, aunque fría, deja una sensación pesada y un poco de asco.

En otra ocasión, en sala de juntas, me percaté de que hay un bote de aspecto sucio y con agua amarilla, me doy cuenta que lo usan para beber y pido un poco, diagnóstico: no es agua potable.

Pero la comida tiene buen aspecto, y la opinión de los internos va en el mismo sentido, o al menos no hubo uno sólo que se quejara, entendiéndolo que si bien la comida que se ofrece se elabora con los ingredientes que se tienen a la mano en cocina, pudiendo ser estos, papas, calabazas, arroz, etc., no es como en otros anexos donde literalmente se come muy mal, con comidas elaboradas con productos en estado de descomposición, caldos o sopas compuestas sólo del líquido y tal vez un poco de verdura. Como bien dice Tomás

“[...] entonces aquí el lado positivo es que aquí se nos da de comer lo que hay veda, incluso no esta mala la comida, [...].”

El servicio de valoración y de paso 12 ya están planteados en puntos anteriores, por lo que no se ponen más ejemplos en este apartado.

4.4.5 Juntas de rehabilitación o compartimento/terapia

Otra de las actividades que forma parte importante del proceso en el CR son las juntas de rehabilitación, que son entendidas como la terapia que se ofrece en el CR, y estas se realizan en la sala de juntas de la institución.

Básicamente la terapia en el CR se basa en esta especie de método de ayuda mutua, en esencia del programa de los 12 pasos de AA, combinada con la experiencia de usuarios que han estado en AA o en otros CR. Aquí algunas de las impresiones de internos respecto a la dinámica de una junta de rehabilitación:

***Emilio.-** “Compartir sus experiencias unos con otros y en platicar mi sentimiento y las cosas negativas que uno ha hecho, para que otro alcohólico drogadicto se refleje y evite y sepa que no es el único que ha hecho daño y pos ahí se va y ahí se va haciendo una terapia como que de eso.”*

***Tomás.-** “[...] yo me subo, platico mi experiencia, lo que he vivido y todo de alguna actividad en la calle, para que una persona que no lo haya vivido, oiga y no llegue hasta cierto grado, un suponer veda, como yo he estado en varios penales, subo y lo cuento veda, entonces para que el que no ha estado lo oiga y no siga mis pasos, un decir más o menos ahí va la onda, y así cada quien va platicando sus historiales lo que ha vivido entonces por ejemplo si uno no ha llegado a andar pidiendo el peso, ya ves que todos pedos ya piden el peso, y pos ya lo van oyendo los demás y para que no lleguen a ese extremo,... por eso entre todos platicamos nuestro historial, todo lo que hemos vivido.”*

***Jaime.-** “[...] vienen siendo las juntas que se mezclan, tipo de unas juntas donde se habla como tú has tratado a tu familia, como te puedes tratar para que estés mejor con tu familia, son cosas que te pueden ayudar para estar bien con la familia, [...].”*

Básicamente los usuarios platican sobre sus experiencias en el consumo y el “fondo”¹⁹¹ que han tenido que tocar para empezar a reflexionar sobre los excesos en los que han caído.

Se observa en este CR que no hay una metodología específica como tal, ni una estructura o plan terapéutico; una persona puede “subirse a la tribuna”¹⁹² y puede hablar de 15 minutos a 2 horas sobre su historial de consumo, alternando comúnmente un lenguaje llano e informal mezclada con historia de vida del participante, y, en ocasiones, proferir insultos hacia los asistentes a la junta, lo cual en su conjunto, en palabras de los internos, es liberador para quien tiene la palabra, pero cansado y tedioso para quien escucha.

Aunque la junta de rehabilitación se asemeja al programa de los 12 pasos de AA, los internos del CR en la junta no suelen utilizar las lecturas sugeridas por esta asociación para la recuperación de usuarios de drogas.

Un servidor de cocina, que era de los primeros seleccionados para hacer entrevista, y que ya ha sido parte de la estructura¹⁹³ de funcionamiento de Alcohólicos Anónimos, hizo el comentario de que el programa de los 12 pasos lo han empezado a implementar desde que llegué al anexo, y que antes sólo entraban a juntas y escuchaban a quien estuviera en tribuna, sin hacer lecturas del programa ni juntas de estudio, o sea que han empezado a leer lo que es 12 pasos de AA. Quien ofrece esta información infiere que mi presencia en el CR ha provocado de alguna manera esta actividad, ya que, al implementar un taller basado en el programa de los 12 pasos, necesitaban saber un poco del programa referido para entender mejor los temas del taller.

En la línea del abordaje terapéutico profesional para el tratamiento de usuarios de drogas, anteriormente se tenía el apoyo de un Psicólogo para dar terapias individuales y familiares, pero debido a diferencias con el director del lugar, ya no se tiene este servicio

¹⁹¹ Tocar fondo significa sufrir malestar significativo y/o incapacitante en la esfera biopsicosocial.

¹⁹² Subirse a la tribuna equivale a decir a tomar la palabra en el grupo para relatar el historial de uso de drogas; en los grupos tradicionales de AA existe una tribuna desde la cual se comparte la experiencia del relator en turno.

¹⁹³ La estructura de AA es algo así como la pirámide organizacional u organigrama de esta importante ONG, y para la cual pueden cumplir varias funciones sus adheridos, que pueden ir desde servir café en un grupo, hasta organizar una convención de AA, o realizar actividades de informar o pasar el mensaje de AA, entre otros muchos servicios.

para los usuarios. Las diferencias que se comentan sobre tienen que ver con lo que comenta Alberto:

“[...] en su momento conseguí un psicólogo, nos dejó porque no se pusieron de acuerdo el Director y él, ahí batallaron, ... él tenía un paciente que venía nomás uno que venía a darle terapia cada 8 días, su familia pagaba la terapia, entonces como ahí dice área de psicología en esa puerta, y como el Director no estaba él ahí se metía a darle terapia al muchacho y un día llegó el director y se enojó: ¿qué está haciendo ahí?, ... está dando la terapia, ah! que se la dé ahí abajo, ahí en ese lugarcito, y le dijo ¿sabes qué psicólogo tienes que dar la terapia en otro lado... ¿pero por qué si aquí dice área de psicología?... Pos lo siento, pero es allá... no pero mira... pos si quiere, y si no pos ahí le dejamos [...].”

Como ya se ha señalado anteriormente, no existe el tratamiento profesional en el CR; no hay médico, mucho menos un Psiquiatra. En el momento que lo hubo, sucedió otro conflicto entre el profesional en turno y el director:

Alberto.- *“[...] trabajaba, lo corrieron, bueno no lo corrió, el médico se molestó; es que has de cuenta que él venía hasta acá a dar la consulta, nomás era de que le habláramos por teléfono, ¿sabe que Doctor?, tenemos un enfermo así y así, ahí voy, y cuando llegaba, este, ¿cuánto es doctor?, no pues 50 pesos; llegaba la familia, y ¿cuánto fue de la consulta?, pos no pos 400, y no, luego un día fue un familiar ahí al consultorio de él, dice ay el doctor que va al anexo fíjese que nos cobra muy barato, que bueno que apoye, 400 pesos no es nada, por una consulta a domicilio.”*

O sea que el director cobraba una cantidad, y el Médico recibía menos de esa cantidad, lo que cuando llegó a oídos del profesional, le molestó y dejó de prestar su servicio.

Las actividades diarias del CR, de lunes a sábado, entre juntas y servicios queda de la siguiente manera:

7:00-9:00	Servicios
9:00-10:30	Junta de estudio
10:30	Desayuno
11:00-13:00	Servicios/descanso
13:00-15:00	Junta de compartimento
15:00-15:30	Comida
15:30-19:00	Descanso
19:00-19:30	Cena
19:30-20:00	Servicio sala y afuera

Los lunes y sábado tienen visita de hermanos adventistas de una Iglesia Cristiana, en horario diverso. Los días domingos es día de visita familiar, quien tiene visita comparte con su familia en la sala de juntas; quien no tiene visita, es encerrado a ver películas o la televisión; la palabra literal es esta, ya que se les junta en un área libre del segundo piso y se les deja bajo llave en ese lugar durante todo el día.

Si cualquier día de la semana, y sin previo aviso, viene alguien del exterior a compartir con el grupo, ya sea un mismo egresado de la institución o de algún otro CR, o de grupos de AA, hacen una junta maratónica, esto quiere decir que abren una junta de rehabilitación y la acaban hasta que este se vaya, sea la hora que sea, sin importar si los internos han comido, o tienen su tiempo libre del CR, o si ya es horario de dormir.

Los usuarios comentan que los exteriores, o sea, los que ya egresaron, los tienen olvidados. Como dice el servidor de nombre Humberto, que *“sólo vienen a curarse con los anexados”*, lo cual significa que asisten a la junta, hablan y hablan y no comparten experiencias de gran relevancia o calidad terapéutica

Cabe mencionar en este apartado, que el personal operativo de la institución consta de dos individuos: el Director General y el Encargado. Todas las actividades de la institución se complementan a partir del trabajo conjunto entre estos y los internos.

4.4.6 Las funciones en el CR: Jerarquías, antagonismos y privilegios en el CR

Este apartado describe las jerarquías en el CR, las relaciones interpersonales que conforman este universo, y como algunas de estas se dan desde antagonismos.

En primer lugar, el director es la máxima autoridad del lugar, siguiéndole el encargado como su mano derecha, y este a su vez tiene en el interior del CR a un servidor en jefe, quien también tiene dos o tres servidores de confianza. Todos los demás internos cumplen un servicio en la institución.

Las actividades, responsabilidades y privilegios que según el estatus jerárquico se puede tener, va depender de la ubicación en este organigrama.

El director funge como responsable legal del CR, que es una Asociación Civil u ONG; tiene la responsabilidad como figura jurídica de la institución de que esta cumpla con la razón social para la que fue creada, que en este caso es la rehabilitación de usuarios de drogas. Además, el designa al encargado en turno, y allega los insumos necesarios para el buen funcionamiento del lugar. Es la máxima autoridad del CR, y es igualmente, un ex-usuario de drogas.

Conviene señalar que él entra y sale de su oficina y cuarto a cualquier hora del día, suele viajar a eventos de AA en la ciudad, el Estado o cualquier parte der la República.

Por otro lado, la figura del encargado es primordial para el funcionamiento del CR. Su trabajo consiste *grosso modo* en mediar entre el interior y el exterior del CR; su labor suele ser de 24 hrs., y su lugar de trabajo, la oficina de la institución. Es igualmente, un usuario de drogas en proceso de recuperación.

Alberto, encargado actual y segundo del CR en el periodo de labor de campo de esta investigación, comenta que el Director es una persona difícil en el trato, y que está poco pendiente de las incidencias en el CR:

“Yo hago el trabajo de director: el hablar con las familias, el hablar, el arreglarme con salubridad, el estar al pendiente de los muchachos, es trabajo del director o de una mesa directiva, [...].”

Aunque demuestra ser una persona agradecida con el director de la institución por ayudarlo en su proceso de recuperación, el encargado reconoce que no lleva la mejor de las relaciones con el mismo.

La carga de trabajo y emocional que debe soportar el encargado del lugar resulta en ocasiones absurda, dado las múltiples funciones que debe desempeñar en su cargo. Dar información telefónica y en directo sobre los servicios que ofrecen, realizar trámites y papeleo de ingresos, recibir a los servicios de salud,¹⁹⁴ designar servicios y servidores, solucionar y mediar en conflictos que se susciten hacia el interior del CR, informar al director de lo que sucede en la dinámica diaria del CR, recibir pagos de internamientos, y ropa e implementos de aseo personal para los internos.

Este es el primer antagonismo que observo en el CR, del encargado para con la figura del director, reforzado en comentarios como el siguiente:

“[...] de repente llega el director y llega de un carácter que ni él se lo aguanta, y tener que soportar [...].”

El servidor de confianza o primer servidor, -como ya se observó en el apartado de servicios-, cumple la función de mantener el orden al interior del CR, designar servidores para el Paso 12, valoración, y los demás servicios de la institución, previa autorización del encargado. Este servidor es el contacto directo entre oficina e internos.

Los ayudantes de este servidor de confianza son a la vez servidores de confianza también; sus funciones son las que designe el primer servidor, siendo la principal mantener el orden en las distintas áreas del CR.

Los antagonismos también están presentes en esta figura. Por ejemplo, Humberto, una persona de 35 años, servidor de confianza en el CR, que está internado de manera voluntaria en el lugar comenta que *“en la oficina no tienen idea de lo que sucede arriba, y ordenan sin saber lo que ocurre al interior.”* Comenta que ellos llevan el orden de horarios

¹⁹⁴ La visita de los servicios de salud se acaba de reanudar después de algunos meses de no estar sucediendo, por conflictos del director con personas que venían de esta institución, so pretexto, por parte del director de que no ayudan y sólo entorpecen la labor del CR.

y actividades, conflictos y soluciones, y a oficina y dirección sólo llega cierta parte de la información.

Aunque se les designe como internos, todos en la institución tienen un servicio, por ende, son servidores, y se atienen a lo que se les ordene realizar. Estos servidores generales forman la base de la pirámide jerárquica del CR, y, como es obvio, también viven antagonismos.

Rogelio, quien es un servidor general, padece la discriminación a partir de sus relaciones con otros internos y con el encargado. Por ejemplo, en su cuarto no puede no puede hacer bien su servicio:

“[...] y luego le digo levántate porque voy a tender mi cama y no se levanta el wey, como el servidor este Fulano se lleva bien con él, estuvieron en cana¹⁹⁵ juntos y la chingada [...].”

Rogelio comenta que no lleva buena relación con el encargado, y es por eso que le cargan la mano los internos, y le hacen mucho bullying, por lo cual ya está cansado:

“[...] pero entonces no se vale, porque soy un humano y cuando los demás culeros están viendo la televisión y yo apenas me siento y que ve hacerme esto, y que ve y así, ¿si me entiendes?, entonces, eso fue lo que no, y ya un odio hacia uno, [...].”

Su queja no parece infundada, al ser testigo durante la investigación de las múltiples tareas o servicios que le imponían a Rogelio, siendo el único que observé que le cargaban las labores, tareas que iban desde hacer siempre el servicio de su cuarto, su servicio normal de limpieza en alguno de los pisos, además de encontrarme en varias ocasiones que no participaba de los talleres por estar “valorando” o porque estaba haciendo el aseo de la oficina del encargado o de las escaleras.

Por otro lado, el temor también forma parte de estos antagonismos:

195 “En cana”, caló popular que hace referencia a haber estado encarcelado.

Emilio.- “De hecho, yo te recomendaría que no le digas nada al director porque él es muy malo con nosotros, ¿si eh?, pos ahora por eso no vas a comer o una represión.”

Emilio está muy en desacuerdo con su internamiento, pero hace hincapié en que no se le comunique esta situación al director, por temor a recibir alguna clase de castigo estando internado.

4.4.7 Aplicaciones o castigos en el CR

Aunque la mayoría de los internos manifestaron haber vivido escasas formas de maltrato físico en este CR, este se manifiesta de diversas maneras. Llega a justificarse como una forma de reducir el nivel de agresividad con el que se llega al CR, o hasta para controlar a una persona bajo “*delirium tremens*”¹⁹⁶ o que se encuentra aún influenciado por drogas:

Rogelio.- “A golpes si, ¿entonces que tienes que hacer? Pues amarrarlo para que no se esté moviendo y chingando la madre, [...]”

Cuando el maltrato se da so pretexto de ser necesario como un mecanismo de control que permita la convivencia en estos espacios, las conductas que se castigan pueden ir desde insubordinarse, no obedecer a servidores de confianza, al encargado y/o al director, intentar organizar una fuga, pelear con otros internos, hasta no querer comer, lo cual se convierte automáticamente en una falta meritoria de una aplicación¹⁹⁷:

Tomás.- “Aquí la única aplicación que tenemos es de que pos no los dejamos salir, los encerramos y no los dejamos salir y los dejamos, órale cabrón, ¿no quiere hacer nada,? pos quédese acostado todo el pinche día no suba juntas ni nada a ver hasta que se aburra... como la ley del hielo haz de cuenta... yo he visto veda que cuando se portan mal hasta los amarran y todo ese pedo veda.”

196 Trastorno psicótico provocado por la necesidad de consumo de alcohol.

197 Aplicación, en los CR se refieren a esta palabra como a un castigo por incumplir con las normas del mismo, por mal comportamiento.

Los internos coincidieron en que este lugar suele estar tranquilo en este sentido, y que, si llegó a ocurrir esta violencia física, fue en otros tiempos:

Rogelio.- “[...] el tiempo que yo tengo acá ya no pasa eso, ya no pasa eso de que sigan golpeando la gente que está llegando...antes aquí cuando llegaban, les daban una buena chinga a todos... nomás por los cabrones servidores; ... Nomás, que para que le bajaran de huevos, que aquí no iban a estar con la pendeja de su madre ni el pendejo de su padre [...].”

Alberto.- “[...] los encargados -anteriores- eran bien pasaditos de verga. Nosotros no somos pasados de verga.”

Pero estos maltratos se vivieron hace relativamente corto tiempo, que no sobrepasa un par de meses. Tomás comenta que en la realidad si “*hay muchos CR que los golpean.*”

En una de las visitas, observo un cuarto pequeño como de un metro de diámetro, cerrado con una reja de acero y con llave, a lo cual pregunto por la utilidad de este lugar; alguien se anima a contestar que es el “cuartito de castigo,” y todos guardan silencio. Nadie más respalda la aseveración del interno, ya que señalan que es un cuartito para guardar implementos de limpieza y botes, y no encuentro razones para aseverar que este lugar tenga el uso ya mencionado.

4.4.8 Fugas

Las fugas del CR son una cuestión común en este tipo de lugares según la perspectiva de usuarios entrevistados en el CR; una fuga es la salida del lugar sin haber cumplido protocolariamente con los pasos para el egreso: estos pasos consisten a *grosso modo* en ingreso, estancia completa en las instalaciones un periodo de tres meses (mínimo), y autorización de la familia y de las autoridades del CR para que se lleve a cabo el egreso.

En el periodo de trabajo de campo en este lugar se sucedieron dos fugas de manera específica; sin embargo, han existido igualmente un sinnúmero de estas en el mismo, y un par en particular que ocupan un lugar significativo en la historia del CR, ya que ambas son

recientes y fueron producto de un motín. Se comenzará relatando las fugas por las sucedidas en el tiempo de la labor de campo.

Iniciando en orden cronológico, una fuga acaecida a finales del mes de diciembre del 2016, en la cual se vieron involucrados dos usuarios del CR: dos jóvenes se fugaron haciendo un boquete por el cuarto piso del CR (Fig. 3). Ambos internos mostraban mucha inconformidad por su internamiento y no rebasaban el mes de estancia en el mismo. Cuentan los otros internos que les vieron saltar dos pisos e irse visiblemente adoloridos, con rastros de sangre por la pronunciada caída, y uno de ellos, tenía unos tornillos en la pierna, producto de un accidente automovilístico reciente. En este caso, la labor del CR fue avisar a los familiares sobre la fuga y ahí termina el internamiento, faltando sólo recoger las pertenencias que el interno haya dejado.

Fig. 3 Vista lateral del CR, donde puede observarse en rojo los hoyos ya cerrados de fugas y en amarillo la caída que da al techo de una casa contigua.



La segunda fuga fue más sencilla, ya que un usuario que ya había estado varias veces internado, -20 aproximadamente-, y con ciertas habilidades para conseguir insumos alimenticios en la Central de Abastos -tal como el interno Lupito-, se fugó en la segunda oportunidad que tuvo de salir a efectuar tal servicio. A este joven, se le conoce desde su primer internamiento, de hace aproximadamente 10 años, y aún sigue batallando.

De las otras fugas, las que se sucedieron a partir de motines, sucedieron durante una etapa anterior a la labor de campo. El primer encargado del CR, a quien se le llamara Artemio, -se señala el primero, ya que, en el mes de diciembre de 2016, este encargado fue

castigado relevándolo de su cargo y expulsándolo del CR, ya que estando en sus funciones volvió a beber en la oficina de la clínica- relata un poco de su llegada al CR y de los motines:

Artemio: “Hace un año nos quemaron. De 40 y tantos, quedaron 3. Se escaparon por la casa de al lado. 1er incendio, no me fugo, yo me quedo aventando plafón.”

Prosiguiendo con el relato sobre el incendio, Artemio describe que la situación se salió por completo de control, que *“Había un gritadero de los que no le quieren bajar de huevos”*, que no se querían calmar.

Por otro lado, comenta que después del incendio, el director les compró comida: *“con un calimán y una Pepsi, pa’ los tres, el Mero, y el Calaca nos echaron la mano. Por eso me gané la oficina”*. Es esta situación de la fuga y el hecho que el haya decidido no fugarse y quedarse a ayudar lo que le mereció tener el servicio de encargado del lugar.

En un segundo motín-incendio los internos quemaron 6 literas y 2 camas, y hubo varias fugas; sin embargo, el número exacto no lo sabe Artemio, ya que fue en una temporada en que él no estaba en el CR. Llegó una patrulla y les ayudaron a reingresar a los que alcanzaron a capturar antes de escaparse. Un director de otro lugar les aceptó a los internos en lo que arreglaban el lugar. En esta ocasión hubo varios internos y policías intoxicados por el humo de lo quemado.

De estos dos motines hay evidencia en video; lamentablemente no puede compartirse el link por cuestiones ya citadas de privacidad.

4.4.9 Egresos

Los egresos que se dieron durante la labor de campo consistieron en altas de usuarios que ya no querían continuar en el CR, y que se habían internado voluntariamente; los otros egresos consistieron en las ya citadas fugas del CR. O sea, no hubo un solo egreso por cumplimentar con el tiempo estipulado de tratamiento de tres meses.

Los egresos de la institución son posibles, por un lado, a partir de la interpretación que tanto el director, como el encargado y el servidor de confianza hagan del proceso de la “recuperación/rehabilitación” del interno, y esta es sólo autorizada por el director. Se toma en cuenta si el interno tuvo un buen comportamiento durante su estancia, acatando las reglas del lugar, si participó de los servicios encomendados, si compartió en las juntas,

Por otro lado, el egreso se encuentra condicionado igualmente al deseo de la familia. Si no desea el egreso, se respeta y no se le da salida al interno. Casos como el de Rogelio, son un ejemplo tangible de esta situación.

4.4.10 La experiencia del usuario en el CR

Según múltiples comentarios recogidos de internos, ellos perciben que su internamiento es una acción necesaria, y que su consumo de drogas se había descontrolado, haciéndolos “ingobernables”.

Tomás percibe que durante el tratamiento *“esta uno privado de su libertad veda, y todo, veda, eso es lo malo nada más veda, lo malo.”* Esta pérdida de libertad se hace tangible cuando se entra y ya no se puede salir de la institución, si no es bajo las prescripciones ya descritas, y cuando la persona debe ajustarse al código de conducta de la institución

Rogelio por su parte manifiesta odiar a su familia, ya que ha sido ingresado por segunda ocasión a este lugar, y nunca lo visitan, sólo lo dejan ahí; ya lleva nueve meses y no ve para cuando vaya a salir, se siente desesperado y percibe el encierro como un castigo: *“aquí estas solo, solo. Y a veces como que eso me da para abajo”*, además que señala los abusos en la cantidad de servicio que le deja el encargado del lugar.

Carlos, un Alcohólico de los llamados puros, o sea ya que no consume alguna otra droga que no sea el alcohol, -quien sólo estuvo el primer mes de la labor de campo, ingresando voluntariamente en dos ocasiones ese mismo tiempo-, señala ya está aburrido de que *“los mismos dos o tres compartan”* en las juntas de rehabilitación.

Para Emilio, haber sido llevado contra su voluntad le hace percibir el CR con cierta desesperanza:

“[...] porque si te obligan y te llevan a la fuerza lo único que causan es rencor y resentimiento hacia las mismas personas que te quieren ayudar, a lo mejor no es el momento, porque a lo mejor todavía uno quiere andar igual, porque a lo mejor uno pues no está preparado para cambiar, enton's te quieren cambiar a la fuerza, pues que es lo único que uno tiene que hacer? fingir en vez de cambiar y sales y en las primeras de cambio vuelves a tomar la misma vida porque no tienes la fortaleza por dentro, porque no era el momento en el que tu querías cambiar, [...]”

No todas las percepciones son negativas respecto de cómo viven la experiencia del CR. A Tomás, la estancia en este lugar le es positiva, ya que le enseña a valorar ciertas cosas que cuando andas consumiendo no lo son:

“[...] la positiva es lo que te digo que se enseña a valorar lo que en un exterior lo desaprovechamos por ejemplo que el plato de comida veda, que los s en la casa y muchas veces ni nos lo comemos por andar de cabrones verdad, [...]”

Para Jaime, un joven que se ha internado de manera voluntaria en la institución, la experiencia de haberlo hecho, es muy satisfactoria, ya que le ha dado resultados muy rápido:

“[...] decidí yo internarme y ahorita me está dando, ¿como se puede especificar la palabra?, frutos, de que me interné, ya recuperé a mi familia, no orita, ya vinieron a verme [...]”

Alberto por su parte no concibe ya otra forma de vida más la que del CR, ya que no encuentra lugar en la sociedad si no es través del mismo:

“[...] y aquí seguiré yo pienso yo digo que de aquí ya nunca salgo yo, yo pienso, te digo ya aquí me voy a quedar y este por eso te digo es duro... este, a dónde voy?, si voy a ir otro lugar parecido a este igual, porque no puede estar uno en otro tipo de lugares; y aquí seguiré yo pienso yo digo que de aquí ya nunca salgo yo, yo pienso,

será la costumbre, ya no me siento bien andar allá afuera. Yo soy feliz aquí, en este mundito así.”

La percepción de la experiencia en el CR puede ir desde perder la libertad, pasando por el aburrimiento y el tedio aunados a la desesperanza, hasta quien ha alcanzado su objetivo con relativa velocidad a partir de ingresarse en este lugar, o Alberto, que ya no concibe la vida haciendo otra cosa que no sea estar en estos lugares; esta experiencia de la cultura de la recuperación, -de estos seres escindidos de la realidad social-, se convierte casi en la única forma de trascender la problemática en el consumo de sustancias.

4.5 Conclusiones de esta breve descripción de la realidad del CR

El entramado de relaciones y la lógica de funcionamiento institucional del CR observado en este acercamiento a partir de una labor etnográfica, permite dilucidar un poco de la vulneración a la dignidad a partir del tratamiento ofrecido a usuarios de drogas en estos lugares.

Algunas características arquitectónicas del lugar, favorecen situaciones peligrosas y una fuerte sensación de encierro; sin salidas de emergencia, con un complicado y estrecho camino a través de las escaleras, con mínimo dos de las puertas de acceso cerradas bajo llave, y la dificultad de acceso para personas con discapacidad, la posibilidad de una conglomeración o la imposibilidad de abrir estas puertas, hace patente una tragedia.

Las paredes mojadas, y el piso débil del tercer piso, aunado a que la sala de juntas es uno de los lugares donde más concentración de personas hay durante el día, el peligro, antes sentido, se hace tangible ante la posibilidad de un posible derrumbe.

Los extintores vacíos y ubicados en la oficina, no parecen ser de gran ayuda en estas condiciones, teniendo en cuenta que en el lugar ya ha habido dos amotinamientos, durante los cuales los internos quemaron material que tenían a la mano, como camas, madera, etc.,

Sin embargo, se buscan hacer cambios sustanciales, y las mejoras a la construcción suelen ser constantes.

Los traslados son riesgosos tanto para el usuario como para quienes los realizan; para el primero, porque no sabe la manera en que será sometido por los servidores del CR o si será golpeado por estos, y, además, no se le avisa o pide su anuencia para ser internado; para los servidores, porque no saben el escenario al que se pueden enfrentar, tanto como que el usuario puede estar agresivo o traer un arma y atacarles, o la probabilidad de ser atacados por conocidos del usuario.

Aunque es discutible este segundo punto, se puede entender de la siguiente manera: se es internado para tratar una dependencia a drogas; ya internado, se es seleccionado para hacer el servicio de traslado o paso 12, y durante el trayecto se sufre agresión que pone en riesgo la integridad física. ¿Qué necesidad hay de esta situación límite, si, por ejemplo, la misma familia o alguna autoridad competente puede o debe efectuar tal labor?

Siendo una actividad que puede ser hecha por seguridad pública, o alguna autoridad, tal y como lo señala los lineamientos en la materia, lo hacen los mismos internos del CR, teniendo previamente la aprobación tácita de algún familiar para el traslado e ingresos en el lugar.

Se ingresa a una persona, sin diagnóstico médico, psicológico o psiquiátrico, sólo mediando la palabra de la familia y la experiencia del encargado o director del lugar para detectar indicios de abuso en el consumo de drogas.

Aunque de manera profesional, suelo estar en contra de los diagnósticos psiquiátricos y/o psicológicos, ya que me parece que mal empleados pueden generar iatrogenia, es pertinente que, si una persona será internada durante cierto periodo de tiempo y perderá su libertad para atender su problema en el consumo de drogas, mínimamente se debe saber del padecimiento, para efectuar un plan de acción y un pronóstico adecuado.

Además, hay que tomar en cuenta que se internan menores en un lugar exclusivo para adultos, y sus “diagnósticos” suelen ser por “ingobernabilidad”; estos pseudodiagnósticos y, sobre todo, que se trata de menores, es algo ilegal, y contraproducente para el joven.

Por otro lado, el tratamiento del síndrome de abstinencia no es claro, así como los alcances del estilo de valoración o cuidados que se hace de los recién llegados. Sólo se “capacita” para atender a personas con síndrome de abstinencia por consumo de alcohol, mientras que en el caso de los síndromes por otras drogas no se tiene idea de cómo hacer tal labor.

El riesgo que se corre con estas prácticas es demasiado, -como en el caso de los traslados-, sobre todo para el interno, pero también para el usuario. Sufrir golpes o ser amarrado es una práctica común en esta fase, justificando esto por el descontrol que vive la persona, y que esta es una forma de ayudarlo.

Los servicios en el CR son diversos, me parece que adecuados para mantener en buen estado las instalaciones y para la convivencia dentro de este espacio.

El tratamiento otorgado consta de juntas de rehabilitación donde los internos comparten sus experiencias y temores respecto a volver a consumir drogas, lo cual tiene un cierto parecido al modelo de ayuda mutua. Y esto parece apegarse tal modelo, como lo señala la norma, a no ser por algunos detalles: primero, el tedio que manifiestan los internos al estar en la junta, las juntas les parecen aburridas y monótonas. El favorecer o darle más importancia a usuarios que vengan del exterior a “curarse” con los internos, como lo señaló uno de los entrevistados. Además, no median intervenciones psicológicas o terapias familiares, o sea, se deja al azar de las juntas de rehabilitación y al entretenimiento que puede producir el servicio la magia de “curarse”.

El contacto entre interno y familia es a tres semanas del ingreso, y sólo un par de horas los días domingo hasta su egreso; no hay llamadas telefónicas ni cartas, Fuera de este contacto -que no ocurre de igual manera en todos los casos-, sólo cuando llegan personas del exterior a compartir a las juntas de rehabilitación, o cuando se es seleccionado para participar en los traslados de doceavos al CR, es que se puede tener contacto con el exterior.

El sistema de privilegios que otorga las funciones en el CR, pone en primer lugar al director, al cual no se le cuestiona y puede entrar y salir de las instalaciones y vivir cómodamente en el lugar. Por otro lado, las responsabilidades que recaen sobre el encargado lo ponen en una situación complicada y en una saturación de trabajo estresante.

Este, lidia tanto como con factores externos e internos de la institución, y media entre unos y otros, con escaso apoyo, aunque sea el segundo al mando en la institución.

Mantener el control dentro del CR recae sobre los servidores de confianza; téngase en cuenta que la mayoría son personas que llevan poco tiempo sin consumir drogas, están bajo el estrés del encierro y lidian muchas veces con personalidades conflictivas, síndromes de abstinencia, personas en franco estado delirio, por lo cual, su función tiene, igualmente a la del encargado, una pesada carga.

Los servidores generales son entre comillas los internos con menos poder o influencia dentro de la institución; esta posición puede favorecer cierta vulnerabilidad frente a los demás integrantes del CR, como se pudo observar en alguno de los casos descrito.

Las fugas suelen ser producto de la indignación por las condiciones en que se ha sido internado y por el tratamiento que se ofrece en este lugar; los riesgos al lanzarse de un tercer o cuarto piso o por provocar un incendio o buscando fugarse, pone a estos internos en peligro mortal.

En materia de egresos del CR, la manera en que se autorizan -en el caso de los involuntarios-, estos no suelen tomar en cuenta la opinión o necesidad del interno; es algo que se decide entre el CR y la familia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES GENERALES

El objetivo de esta investigación ha sido identificar la vulneración de la dignidad en el tratamiento en el CR, siendo una pieza fundamental en este proceso la información aportada por los usuarios, lo cual ha sido una labor compleja, pero que arroja algunos datos importantes.

Estas conclusiones están estructuradas a partir de un análisis que se hace de la descripción etnográfica y la forma situada de escuchar al usuario, y de esta descripción y la perspectiva de salud, la definición operativa de dignidad, y las leyes y tratados en la materia, diálogo que busca evidenciar la vulneración de la dignidad, y también ciertas posibilidades para que esto no suceda.

5.1 Escuchando al usuario posicionadamente

La conclusión más importante de este trabajo es a mi parecer la recuperación y escucha de estas voces, que desde la condición de opresión que viven en estos lugares, nos dicen sobre lo que sucede ahí, en el diario devenir del CR. Voces que se quebraban, voces desesperadas, desesperanzadas, voces del alma, y alguna voz, sí, porque no decirlo, hasta feliz.

Abonar a un proceso de dignificación de estas voces, a partir de la escucha de lo que estos usuarios nos tienen que decir, es uno de los intentos de esta tesis. Espero haberlo logrado un poco.

Este ejercicio de investigación partió de una posición aparentemente clara por parte del investigador: ubicado al lado de la persona vilipendiada en su valor propio, en su dignidad, con la prerrogativa de que en los CR se vulnera esta cualidad en el tratamiento; evidenciar tal situación es muy necesaria para entender que los tratamientos donde se vulnera la dignidad no son válidos si lo que se busca es la rehabilitación plena, por así decirlo, de la persona.

Aun y teniendo claro este posicionamiento, comprobar cómo es que esta vulneración puede suceder, y encontrar evidencia fue una labor difícil, dado el prejuicio social hacia la figura del usuario de drogas, las dificultades para el acceso y estudio del CR,

la investigación escasa al respecto, y también, mi novatez en una labor interdisciplinaria que tomó un poco de la antropología, medicina, filosofía y ciencia jurídica, y por qué no decirlo, de mi formación -o deformación- como Psicólogo.

5.2 Falencias del CR desde un enfoque de salud

Es importante señalar que aun con todas las críticas que pueda suscitar el enfoque médico o de salud del consumo de drogas, el constructo teórico y práctico que han hecho sobre el tema puede servir de base para brindar un tratamiento digno a los usuarios de drogas.

La necesidad de un tratamiento profesional es básica en estos lugares si lo que se busca es atender las múltiples aristas de la complejidad del uso compulsivo de drogas.

La esencial atención médica, para atender los síndromes de abstinencia, o valorar el estado de salud de quien ingresa.

La atención psiquiátrica para diagnosticar correctamente el tipo de usuario, -por ejemplo, ¿cómo se sabe si la persona que ha sido internada es realmente un dependiente de drogas?-, y atender la comorbilidad dual.

Las atenciones en terapia familiar y del usuario en terapia psicológica, para favorecer procesos reflexivos al respecto del uso de drogas.

Por otro lado, la perspectiva que se tiene de ayuda mutua es distorsionada. No creo que encerrar a una persona y ponerla a escuchar obligadamente la historia de otros sujetos usuarios de drogas ayude a salir de depresión severa, ideaciones suicidas o a elaborar adecuadamente un estrés postraumático, rasgos comunes en usuarios compulsivos de drogas.

Con esto no quiero decir que la metodología que utilizan los AA para la recuperación de consumo de alcohol, no sea efectiva en esos casos ni en el de los otros tipos de dependencia; de hecho, la función de la AA en estos lugares puede ser fundamental para dar un giro exitoso a los tratamientos.

Lo que sí creo es que se necesita que estas juntas de rehabilitación en los CR, tengan un soporte o estructura que se asemeje al estilo de la AA, y que no se basen solamente en ocurrencias y la utilización de violencia verbal, y que se oriente hacia una terapéutica que ofrezca la adecuada contención emocional y/o espiritual del usuario.

Este CR, más que lugar de rehabilitación, es un centro de recuperación. Como se vio en el apartado sobre los conceptos recuperación/rehabilitación y la problematización de alcances y limitaciones de cada uno, tener como objetivo primordial la abstinencia total del uso de sustancias psicoactivas, no es una estrategia muy adecuada; si no se ofrece en el tratamiento alguna metodología efectiva que potencie la reducción de daños o el desarrollo de habilidades para la vida, las posibilidades de éxito se reducen.

Los CR funcionan bajo una lógica de IT: existen relaciones asimétricas, aun y cuando se escudan bajo una metodología de ayuda mutua, se escinde el yo de la persona para con la realidad que le circunda, pierde su libertad durante un periodo aproximado de tres meses. Existe un escaso contacto con personas del exterior, principalmente la familia.

Esta lógica de las instituciones psiquiátricas como lo es la IT, permea hasta el CR, y potencia igualmente la idea de que un usuario de drogas es una persona que no puede cuidar de sí misma, y será dependiente *in extremis* siempre.

5.3 La dignidad vulnerada

Esta característica inherente a la persona humana, que le otorga valía por el sólo hecho de ser y decidir, entendiendo que esta idea de dignidad debe ajustarse a realidades pertinentes y sobre sujetos específicos: aquellos que están siendo víctimas de oprobios y prácticas violentas.

No se habla de la dignidad que jerarquiza, sino la ya descrita, la que se ubica del lado de quien sufre el oprobio. En esta conclusión cabe mencionar que yo era completamente ignorante de que se pudiera defender la dignidad desde la persona oprimida, y de que hubiera un método para efectuar tan hermosa labor.

Se encontró concomitancia entre los datos obtenidos en la etnografía y la definición operativa que se hace sobre el concepto dignidad en relación al tratamiento en los CR.

Se vulnera al usuario en su dignidad a partir de la ausencia de atención profesional, elemental para realizar diagnósticos adecuados, tratamiento de síndromes de abstinencia, atender las comorbilidades, la atención psicológica, etc.

También se vulnera cuando se hace empleo de métodos coercitivos para contener a la persona, a través de golpes y/o violencia verbal, ya sea por un *delirium tremens*, por un ataque epiléptico, o por estar descontrolado y agresivo.

Igualmente, cuando se deja en manos de la sociedad civil la recuperación/rehabilitación de usuarios de drogas, y no se les acerca -en mi opinión-, por ejemplo, la atención profesional, tan necesaria en estos lugares.

No se deben cerrar los ojos ante esta situación, ya que la realidad social del país -y de otros países, lamentablemente- respecto del CR, demuestra que son lugares donde se vulnera de variadas maneras la dignidad de los usuarios de drogas, quienes, en pos de un tratamiento, encuentran más incompreensión y sufrimiento.

5.4 Leyes y tratados: un ejemplo de cómo se incumple con la dignidad

La dignidad positivada y transversalizada en la idea de los DH en la letra de los tratados y leyes, es importante para cambiar la realidad.

En los CR se incumplen varios principios y leyes de múltiples normatividades y tratados sobre dignidad y tratamiento de personas en situación de encierro o que han perdido su libertad; entre estos instrumentos se encuentran la DUDH, la CADH, el Protocolo de San Salvador, en el escenario internacional, y en el nacional, la CPEUM, la Ley General de Salud y la NOM-028.

Es importante resaltar de entre todas las leyes expuestas, una que es de carácter internacional, la relativa a Los principios y buenas prácticas sobre la protección de personas privadas de la libertad en las Américas, sintetiza de manera concreta los lineamientos que debe tener cualquier institución que funcione como privadora de la libertad, la cual encuentra un eco profundo en las prácticas que deben de sucederse en los CR.

Estos principios señalan que el ingreso para tratamiento a estas instituciones, debe ser autorizada por parte de una autoridad judicial o administrativa; en el caso del CR, es el director o encargado y la familia quien autoriza, he aquí una primera vulneración. La orden

de privación puede ser autorizada igualmente ser autoridad médica u otra autoridad competente por ley, lo que aquí no sucede.

Debe haber un registro físico con datos generales del usuario; no se tuvo acceso a estos expedientes en el CR investigado, pero se sabe que en estos registros debe haber información personal del usuario, un reporte sobre su integridad personal y estado de salud, un apartado donde se observe la autoridad que autoriza traslado, el control legal que se lleva de la privación de la libertad, y que la persona privada de la libertad firme este registro.

De lo anterior expuesto, se obtuvo en la etnografía datos sobre la ausencia de autoridad que autorizara y supervisara el traslado, quedando este proceso entre familia y CR. Además, durante estos traslados se debe respetar la dignidad y los derechos fundamentales del usuario, y no se debe ocasionar sufrimiento físico o mental, lo cual tampoco se cumple en los traslados del CR, debiendo además ser efectuados personal especializado, siendo en este caso que este personal eran mismos servidores del lugar.

En las conclusiones de la etnografía se sugiere que el servicio de traslado lo pudiese hacer seguridad pública, ya que su preparación y formación en materia de contención de personas tiene el potencial de efectuar tal labor de manera adecuada.

Las personas internadas no firman ningún papel sobre su ingreso. No se sabe si hay un reporte sobre su integridad personal y estado de salud, o de información personal del usuario. Los usuarios internados tienen derecho a que se les practique un examen médico y psicológico, lo cual es nulo en el lugar visitado.

Además, esta ley sobre privación, sugiere que el tratamiento otorgado debe ser basado en principios científicos, -lo cual no sucede-, y que el Estado debe garantizar servicios de salud a los usuarios, haciendo que sus políticas y prácticas de salud públicas se incorporen a estos lugares; por eso se señalaba que el Estado puede proporcionar esa perspectiva profesional de la que tanto adolecen estos lugares, allegándoles médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.

La alimentación debe ser proporcionada en cantidad y calidad suficiente; durante la labor etnográfica esta demostró ser adecuada. Lo preocupante es el servicio de agua potable, no siendo adecuada para consumo la que se bebe en el lugar.

El albergue debe tener espacio suficiente, camas individuales, ventilación y calefacción adecuada e instalaciones adaptadas para apersonas con discapacidad, lo cual suele ser incumplido casi en su totalidad.

Las condiciones de los sanitarios del mismo deben cumplir con higiene, y asegurar privacidad y dignidad; se cumple con lo primero, más no con lo segundo.

Los usuarios igualmente tienen derecho a mantener contacto personal y directo con el exterior y recibir información del mundo exterior, y deben permitírseles visitas periódicas de la familia. A excepción de las visitas familiares las situaciones ya descritas en la etnografía, el contacto con el exterior es mínimo, habiendo personas, por ejemplo, que ya llevan hasta 9 meses internadas.

Las personas ingresadas deben ser alojadas por categorías de sexo, edad y razón de privación de la libertad. Entre estas categorías se debe, por ejemplo, hacer la separación entre jóvenes y adultos, hallando en la investigación que ésta en particular suele incumplirse, o sea que jóvenes menores de edad son internados con adultos, por razones diferentes a la razón social de la asociación, que es la atención de adultos usuarios de drogas. A varios jóvenes se les interna por “ingobernables”.

El personal responsable de la dirección, custodia tratamiento, disciplina y vigilancia de los usuarios debe respetar derechos de la persona, ser seleccionados cuidadosamente para su labor, ser calificado y suficiente, recibir una remuneración justa y alojamiento digno, y ser instruidos y capacitados sobre derechos y deberes y el carácter de la razón social e la institución.

Del punto anterior, y no habiendo personal contratado y que reciba una remuneración por sus servicios, pondré como ejemplo a quienes ejercen la función de encargado. De la selección de candidatos a encargado del CR, una se dio, porque en una fuga masiva, Artemio no se fue, y se le “premió” dándole este servicio; el otro encargado,

Alberto, fue seleccionado porque ya no había otro que cumpliera tal función. La capacitación del personal es cuasinula, reduciéndose al saber que se comunica entre mismos servidores y/o entre estos y el encargado en turno. Según lo observado, la remuneración y alojamiento no cumplen con las características de dignas. Y pago, simplemente no existe.

Las sanciones disciplinarias y aislamientos quedan prohibidos, quedando las primeras sujetas a la autorización de las autoridades pertinentes. De las sanciones o castigos escuchados en la etnografía, en este CR sólo se habló de aislar a los internos de sus compañeros, no físicamente, sino sólo aplicándoles una “ley del hielo”; golpes y amarrar a internos sólo se dio en casos donde los mismo sufrían un ataque o estaban descontrolados.

Se deben permitir inspecciones de organizaciones internacionales y nacionales que verifiquen la condición de la privación de la libertad. Los servicios de salud visitaron el lugar casi antes de terminar la etnografía, y sólo revisaron papeles en la oficina; no entraron a ver las instalaciones o a checar el estado de salud con los internos, por ejemplo. Tampoco ha habido visitas de otra organización que inspeccione la condición de los internos.

5.5 Los CR, lugares de vulneración, pero también, espacios de posibilidad

Este lugar vulnera la dignidad de usuarios en múltiples formas; la cuestión no es si es mucho o poco, o si en otros lugares los tratan peor, sino que vulnera. Evidenciar tales situaciones puede abonar a rearticular como es que funcionan, y darle un giro realmente terapéutico, liberador, catártico, que los convierta realmente en lugares de ayuda.

En este sentido, se tiene potencial para rehabilitar y/o recuperar a usuarios de drogas, y por supuesto que pueden brindar un tratamiento digno; para tal efecto, es necesario que cumplan con los requisitos mínimos para su funcionamiento, como los ya enunciados a partir de Los principios y buenas prácticas sobre la protección de personas privadas de la libertad en las Américas, o de la NOM-028, debiendo fungir el Estado como aliado con una responsabilidad importante para con estas instituciones, y teniendo el

potencial para ayudarlas. El Estado tiene la mano de obra profesional, pues la puede y debe aportar.

Existen pequeños guiños para creer en el potencial dignificador de estos lugares: hay una extendida idea de la ayuda mutua como metodología para abordar el problema, hace falta reestructurar la idea y aplicarla adecuadamente; los usuarios de drogas en grado de dependencia y/o abuso son una mayoría popular que la sociedad civil no quiere dejar a la deriva, vaya, existe buena voluntad de muchas personas para ayudar a este sector de la población, pues hay que aprovecharla.

Mucha gente sabe que existe violencia en estos lugares, y voltea la cara, pues hay que evidenciarla en un afán de que no haya repetición de la misma; hay que instar a la academia a que haga más labor de investigación crítica en estos lugares.

Quedan muchos pendientes, y surgieron muchas dudas con la investigación: ¿son realmente estos lugares los culpables de vulnerar la dignidad de los usuarios?, ¿qué justifica que sean vulnerados los usuarios?, ¿hay que recurrir al Estado para rearticular la manera en que funcionan?, si la respuesta es no, ¿entonces cómo hacerlo?, ¿es realmente el modelo médico o el de reducción de daños lo mejor que existe para atender la dependencia de drogas?, ¿es la dependencia de drogas algo que pueda o deba curarse?, ¿de qué otra manera se puede atacar el uso compulsivo de sustancias, o es que la realidad con todo este escenario de capitalismo voraz y personas dependientes no puede ser cambiado?, ¿desde dónde o como puede ser articulado un/el cambio? , y por último, ¿qué es la dignidad?

Obviamente el alcance de esta investigación se veía acotado a resolver las dudas sobre la manera en que se vulneraba la dignidad de los usuarios en tratamiento en un CR, contado por ellos mismos, y contrastado con la realidad de los CR y las leyes, por lo cual, estas otras dudas surgían o maduraban para seguir nutriendo mi inquietud intelectual sobre este tema.

Sobre la última duda en referencia a la dignidad, siento que esta se disipó parcialmente. En el libro ¿Qué es la dignidad humana?, de Francesc Torralba, leí que la dignidad es un “misterio”; para mí es un misterio, igualmente, sí, claro, pero es un misterio que puede ir siendo resuelto, como en un thriller de suspenso, tal como se intentó en esta

investigación: cuando se le va dando cuerpo, características, cuando se toma una posición ética respecto de la misma, cuando se desideologiza y se le contrasta con la realidad, se desmenuza e historiza, cuando se aterriza a las realidades pertinentes, y al revisarlo en sus características positivadas, cuando deja de ser abstracto y empieza a ser útil, teniendo en la persona oprimida, en el débil, al sujeto a acompañar, a ayudar a dignificar, a crecer, a creer en su dignidad suya *per se*.

Anexos

- **Hoja de consentimiento grabación**

Permiso para grabación.

San Luis potosí, S.L.P., a _____ de _____ de _____

_____ autoriza a usar esta grabación de audio como parte de la investigación titulada Vulneración de la dignidad: análisis de las violencias ejercidas sobre consumidores de drogas en un Centro de Rehabilitación en San Luis Potosí. La información sólo será usada para tal finalidad, respetando en todo momento el anonimato de la persona y del centro en cuestión.

Usuario

Familiar que autoriza

Firma del investigador

BIBLIOGRAFÍA

- ABEIJÓN, J., Y PANTOJA, L., (edits.), *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro, avances en drogodependencias*, Bilbao, España, Deusto, 2002.
- ADÉS, J., Y LEJOYEUX, M., *Las nuevas adicciones*, Barcelona, Kairós, 2001, p. 12.
- AGUIRRE DE KOT, M., *Los adolescentes y el alcohol*, Buenos Aires, Limusa, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014.
- ARAUJO, R., *Adicciones y proceso de rehabilitación*, México, Nandela, 2008.
- ARAUJO, R., *El drama social y familiar de las adicciones*, México, Nandela, 2015.
- BEUCHOT, M., *Hermenéutica, analógica y derechos humanos*, San Luis Potosí, Cenejus-UASLP-Educación para las ciencias en Chiapas A.C., 2010.
- BROOKS, D., “Piden expertos avanzar en la despenalización de narcóticos”, *La Jornada*, disponible en <https://goo.gl/mS8rol>, consultado el 25 de Noviembre de 2016.
- CARRAZCOSA, C. A., (coord.), *Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México*, México, Conaculta, 2013.
- CARRILLO, J., *Dignidad frente a barbarie. La declaración universal de los derechos humanos 50 años después*, Madrid, Trotta, 1999.
- CARTER, A., Y HALL, W., (edits.), *De la coerción a la cohesión: Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*, Nueva York, Naciones Unidas, 2012.
- CENTRO FXB PARA LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS Y FUNDACIONES OPEN SOCIETY, *Guía de recursos de salud y derechos humanos*, 2013.
- COLETTI, M., “Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias”, en *Perspectivas Sistémicas*, 1990, disponible en

- <http://www.redsistemica.com.ar/>, sumario: año 3 #14, consultado el 6 de Julio de 2016.
- CONADIC, Norma Oficial Mexicana: NOM-028-SSA2-2009, México, IEPSA, 2009.
- CORDOVA, R., *Adictos y políticas públicas, la intervención planeada para la construcción de sujetos adictos en recuperación crónica*, tesis, Zamora, Michoacán, ColMich, 2013.
- COUNT THE COSTS, *La Guerra contra las Drogas: Socavando los Derechos Humanos*, disponible en <https://goo.gl/V8CIRk>, consultado el 15 de marzo de 2017.
- CRESWELL, J. W., *Research design. Qualitative quantitative, and mixed methods approaches*, USA, SAGE Publications, 2003.
- CUPIDH, “Drogas y derechos humanos en la Ciudad de México (Informe especial 2012~2013)”, <https://goo.gl/NsiSme>, consultado el 22 de febrero de 2017.
- DEL NOGAL, M., *Patología dual*, España, Síntesis, 2015.
- DIAZ-BARRIGA, L., y RIQUELME, E., (comps.), *Enfoques de tratamiento de adicciones en México, México*, CIJ, 2002.
- DÍAZ-MÜLLER, L., “Marco Jurídico de las adicciones”, 2001, <https://goo.gl/XVMiA0>, Consultado el 17 de noviembre 2016.
- DUNCAN, M., TODD, C., y cols, *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, Barcelona, Gedisa, 1999.
- ELLACURÍA, I., *La lucha por la justicia: selección de textos de Ignacio Ellacuría (1969-1989)*, comp. Juan Antonio Senent, Bilbao, Deusto digital, 2012.
- FERNANDEZ, C. J., (coord.), *Actas I jornadas psicología: Drogodependencia: prevención, diagnóstico y tratamiento*, pp. 59-67, 1996.

- GAETE, T., "Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos: El juicio psicológico", *Revista de Psicología*, vol. XVI, núm. 2, pp. 53-77 Universidad de Chile Santiago, Chile, 2007.
- GARBI, S.L., TOURIS, M., et al, "Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas," *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, vol. 17, núm. 7, julio, 2012.
- GARCÍA, M., MANN, R., et. al. "Comorbilidad entre el estrés psicológico y abuso/dependencia de drogas, ciudad de Guatemala", *Enfermagem*, 2012, vol. 21, p. 125, disponible en <https://goo.gl/MSjUDI>, consultado el 13 de Julio de 2016.
- GALLARDO, H., *Teoría crítica: matriz y posibilidad de derechos humanos*, Murcia, David Sánchez Rubio, 2008.
- GEERTZ, C., *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona, 2003.
- GOFFMAN, E., *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.
- GUERRA, GILBERTO, "Tratamiento de adicción a drogas: desde la cohesión hacia la coerción", <https://goo.gl/Gzzhe1>, consultado el 17 de Marzo de 2017.
- HERRERA, J., (edit.), *El vuelo de Anteo. Derechos humanos y crítica de la razón liberal*, Bilbao, España, Desclée Bower, 2000.
- HERRERA, S. "Aproximación al método de historización de Ignacio Ellacuría", en UCA (edits.), *Primer encuentro latinoamericano de filosofía: Para una filosofía liberadora*, 11-15 de noviembre de 1994, v. 11, San Salvador, UCA, 1995.
- KONNINCK, DE, T., *De la dignidad humana*, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Madrid, Madrid, 2008.
- LÓPEZ, Á., y REYES, M, "Erving Goffman: microinteracción y espacio social", Veredas, 2010.

NIDA, “Enfoques de tratamiento para la drogadicción”, <https://goo.gl/8mggjl>, revisado el 18 de Marzo de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Informe mundial sobre la violencia y la salud, sinopsis”, 2003, <https://goo.gl/G5SDps>, consultado el 20 de Noviembre de 2016.

PARENT, J., *La dignidad del ser humano, presupuesto bioético*, en *Medicina y ética* XI/1, 2000.

PASCUAL, F., “Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia Adicciones”, en *Revista Adicciones*, vol. 27, núm. 4, 2015.

PECES-BARBA, G., FERNÁNDEZ, C., *et al*, (auts.), *Textos básicos de derechos humanos. Con estudios generales y especiales y comentarios a cada texto nacional e internacional*, Navarra, Aranzadi, 2001.

PÉREZ, C., (coord.), *Consumo, consumidores de drogas y las respuestas estatales en América Latina*, México, D.F., Fontamara, 2014.

PELE, A., *La dignidad humana. Sus orígenes en el pensamiento clásico*, Madrid, Dykinson, 2010.

PIMENTEL, J., *Diccionario latino español español-latino*, Porrúa, 1996.

POL, L. y TORDINI, X., (coords.), *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos La experiencia del continente americano*, Argentina, CELS, 2015.

REGUILLO, R., “De las violencias: caligrafía y gramática del horror”, *Desacatos*, núm. 40, 2012.

ROSILLO, A. y PÉREZ, R., (coords.), *Historizar la justicia: estudios sobre el pensamiento de Ignacio Ellacuría*, San Luis Potosí, México: UASLP.

- ROSILLO, A., *Derechos humanos desde el pensamiento latinoamericano de liberación*, tesis, Universidad Carlos III, Getafe, España, 2011.
- ROSILLO, A., *Praxis de liberación y derechos humanos: una introducción al pensamiento de Ignacio Ellacuría*, UASLP-CEDH, San Luis Potosí, 2008.
- SANCHEZ, D., “Derechos humanos, no colonialidad y otras luchas por la dignidad: una mirada parcial y situada”, *Campo Jurídico*, vol. 3, n. 1, 2013.
- SANCHEZ, D., *Encantos y desencantos de los derechos humanos: de emancipaciones, liberaciones y dominaciones*, Barcelona, Icaria, 2011.
- SANCHEZ, D., *Repensar derechos humanos. De la anestesia a la sinestesia*, Sevilla, Mad, 2007.
- SÁNCHEZ, L., y GONZALEZ, J., *Derechos Humanos. Textos internacionales*, Madrid, Tecnos, 2001.
- SENENT, J., *Problemas fundamentales de los derechos humanos desde el horizonte de la praxis*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2007.
- SENENT, J., *Ellacuría y los derechos humanos*, España, Desclée Bower, 2007.
- SIDÉCUM, A. y WOLKMER, A., *et al*, (orgs.), *Enciclopédia Latinoamericana dos direitos humanos*, Blumenau, Brasil, Nova Harmonía-Edifurb, 2016.
- SORIANO, R., ALARCÓN, C., *et al* (directs. y coords.), *Diccionario crítico de los derechos humanos I*, España, Universidad Internacional de Andalucía sede iberoamericana de la Rábida.
- STEVENS, A., “The Ethics and Effectiveness of Coerced Treatment of People who Use Drugs”, *Human Rights and Drugs*, Volume 2, No. 1, 2012.
- TORRALBA, F., *¿Qué es la dignidad humana?*, Barcelona, Herder, 2005.

VALENCIA, H., *Diccionario espasa de derechos humanos*, Madrid, Espasa, 2003, v.s.
DIGNIDAD HUMANA.

VAZQUEZ, A. y TERVEN, A., coords, *Tácticas y estrategias para mirar en sociedades complejas*, Querétaro, México, UAQ, 2013.

VILLATORO, J., MEDINA-MORA, E., *et al*, “El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011”, *Salud Mental*, 2012, núm. 6.

ZAMUDIO, C., *et. al.*, *Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México*, Cuadernos-Cupidh 8, 2015.

LEYES Y TRATADOS

Declaración Universal de Derechos Humanos

Convención Americana de los Derechos Humanos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley para la prevención, tratamiento y control de las adicciones para el Estado de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

Ley General De Salud

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental

Principios relativos a las condiciones de privación de libertad

Principios y buenas prácticas sobre la protección de personas privadas de la libertad en las Américas

Protocolo de San Salvador