

EL COLEGIO DE SONORA

Chiva, cuete y cacharro:
Prácticas y representaciones del consumo de heroína en
Hermosillo, Sonora

Trabajo presentado en cumplimiento parcial
de los requerimientos para la obtención del
Grado de Maestría en Ciencias Sociales

en

El Colegio de Sonora

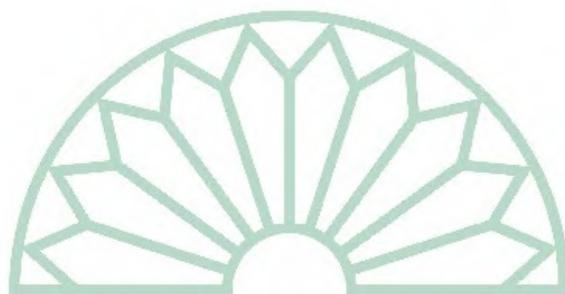
por

Rubén Carreón Diazconti

Febrero 2006

Índice	1
Presentación	3
Introducción	6
Breve historia de la heroína	10
¿Heroína en Hermosillo?	16
Cap. 1 La taxonomía de la estrategia	21
¿De quienes estamos hablando?	21
El contexto y las estrategias de la investigación	23
Etnografía y narratividad: en busca del sentido y el significado	29
Cap. 2 Algunos conceptos básicos	39
Aquello que representa la heroína. ¿Quién representa qué?	39
Modelo médico e itinerario terapéutico	45
Drogadicción vs. Uso social de drogas	48
Cap. 3 La calle y “la actividad”	58
La heroína tras bambalinas	58
¿En busca de un perfil?	60
Redes asistenciales	63
Actores y repertorios	65
Dejar la heroína todos los días	68
El riesgo inevitable	70
Una labor de tiempo completo	74
Yongo o casino: los picaderos como puntos de encuentro	77
Algunas otras normas	79
Cap. 4 El hospital: entrar o permanecer	84
El CHMCNM como opción	84
Procedimientos de referencia y contrarreferencia	85
El usuario en la consulta	89
Itinerarios: canalizados, <i>malillas</i> y críticos	93

Una historia clínica que persiste	95
“El tratamiento adecuado”	99
Las recaídas como parte del tratamiento	101
Una carrera moral	103
Cap. 5 Conclusiones	107
¿Una antropología infame?	114
Bibliografía	120
Anexo 1	127
Anexo 2	138
Anexo 3	142



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Chiva, cuete y cacharro: prácticas y representaciones del consumo de heroína en Hermosillo, Sonora.

Rubén Carreón Díazconti

“El etnógrafo, a la vez que admitiéndose humano, trata de conocer y juzgar al hombre desde el punto de vista suficientemente elevado y distante para abstraerlo de las contingencias particulares de tal o cual sociedad o civilización. Sus condiciones de vida y de trabajo lo excluyen físicamente de su grupo durante largos periodos; por la violencia de los cambios a los que se expone, adquiere una especie de desarraigo crónico; nunca más en ninguna parte volverá a sentirse en su casa; quedará psicológicamente mutilado.”
Levi-Strauss, Claude (1976:43)

Presentación

En este trabajo no es una etnología de los usos de sustancias psicoactivas¹ lo que pretendo desarrollar, sino más bien analizar las representaciones y prácticas que dan sentido al modo de vida de los sujetos involucrados en esta investigación. De igual manera intento comprender los diferentes significados y dinámicas que construye el heroinómano en torno a su hábito en los cuales involucra a las instituciones sanitarias. Es pues un intento por demarcar el terreno de las drogas desde una mirada antropológica.

Nunca sabremos cómo justificar desde la ciencia el primer acercamiento que llevó al ornitorrinco a ojos humanos, pues la curiosidad no tiene justificación más que fuera de aquellas letras que lo tratan de aprehender todo. Así, el grupo de

¹ Para efectos de la Norma Oficial Mexicana (NOM) 028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, sustancia psicoactiva es aquella que “...altera algunas funciones mentales y a veces físicas que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas”.

heroinómanos en Hermosillo, permanece oculto a los ojos de ciudadanos que se consienten con un celuloide, a los ojos del funcionario que en el tercer sueño altruista cambia por naranjas su más buena intención. De cualquier manera en este trabajo lo que prima son las opiniones de los actores principales, aquellos a quienes les está negado siquiera el derecho a fenecer.

Los resultados del trabajo se exponen en una introducción, 4 capítulos y un apartado de conclusiones que estarán compuestos por el siguiente itinerario: en la **introducción** pretendo mostrar en qué consiste y cómo ha surgido el problema de la heroína desde su creación como “remedio” que posteriormente derivaría en un conflicto emanado desde las representaciones sociales y que evoluciona a través del tiempo. También se expondrán de manera general los antecedentes sobre el estudio del consumo de heroína en México desde las perspectivas epidemiológica y criminológica; así mismo mencionaré los trabajos más relevantes en torno a la temática en E.U.A. y España, así como del “agravamiento de los males” desde la difusión del problema en los medios de comunicación.

En el **primer capítulo** hablaré sobre el itinerario etnográfico y sobre las técnicas utilizadas en este estudio; así mismo relataré una breve historia sobre el acercamiento al tema desde mi experiencia como investigador y como joven que se ha visto inmerso en el a través de vivencias cercanas y propias, en una ciudad que por su situación geográfica y política presenta uno de los mayores niveles de consumo de drogas y en este caso de heroína.

En el **segundo capítulo** expondré los elementos teóricos y algunos conceptos que considero serán de gran utilidad para el análisis. Revisaré conceptos cuya pertinencia será de gran importancia en los apartados interpretativos del trabajo de campo tanto en la calle, como en el hospital. Por lo mismo, los trabajos revisados involucrarán dos abordajes teóricos, desde las ciencias sociales y desde la medicina.

Los **capítulos 3 y 4** desarrollan una interpretación sobre los hallazgos en campo, en la calle y en el Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz (que en lo sucesivo denominaremos CHMCNM) respectivamente. Sugieren la conjunción de las dos perspectivas que abarca este estudio, por un lado, una perspectiva antropológica cuya interpretación habrá de situarnos en el aquí y en el ahora respecto al consumo de heroína en las calles de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Por otro lado bosquejará lo que significa ser un usuario de heroína en una ciudad como esta, y qué representan estos sujetos en los sistemas de salud. Para ello se hará uso de la segunda perspectiva, la medicalista, siempre y cuando, a través de un matiz meramente social vinculado con la perspectiva antropológica. Por último, el apartado final estará destinado a las **conclusiones** y reflexiones derivadas del estudio, así como a los **anexos** en donde pretendo construir una narrativa sobre situaciones *in situ* transcurridas a lo largo de esta investigación, tanto en la calle como en el hospital, así mismo será en los anexos donde haré una relación de las noticias más relevantes con relación a esta problemática.

Introducción

Sabemos que el uso de drogas en el México contemporáneo está ampliamente documentado; entre las perspectivas que se han ensayado se cuenta con diversas miradas: histórica, médica, cultural, legal. Podemos mencionar la contribución de Ricardo Pérez Monfort (1997)² y Luis Astorga (1995³, 1996⁴), quienes han colaborado al análisis del tema desde una mirada histórica y cultural. Por medio de sus trabajos se puede intuir la pertinencia de una perspectiva antropológica que explique el fenómeno con la finalidad de resaltar los diversos significados que la sociedad mexicana ha dado al uso de drogas en apenas un siglo de prohibicionismo. Aproximarse a sus obras implica poner atención al proceso de estigmatización del uso de drogas, particularmente en la sociedad mexicana, acercándonos a la realidad actual de la droga como problema social y al fortalecimiento de valores y políticas para vivir sin drogas en un mundo que vive con ellas.

La mayor parte de la literatura existente suele señalar al narcotráfico como el aspecto medular en el consumo de drogas. Esta perspectiva socioeconómica ha imperado en los análisis y generalmente se antepone al estudio de las subjetividades y representaciones en torno al uso de drogas. Muy numerosos son los estudios de seguimiento y registros cuantitativos sobre el uso de drogas,

² Pérez Monfort (1997) *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío*. México: Plaza y Valdés.

³ Astorga, Luis (1995) *Mitología del narcotraficante en México*. México, UNAM-Plaza y Valdés.

⁴ Astorga, Luis (1996) *El siglo de las drogas*. México: Espasa.

realizados principalmente por organismos de salud⁵, los cuales se desarrollan primordialmente con base en un enfoque psicoanalítico, dirigiendo sus objetivos hacia el establecimiento de tendencias en cuanto al uso de drogas para planear de este modo estrategias enfocadas a la prevención, cura y rehabilitación.

Estos acercamientos tratan de abarcar información estadística representada en cifras y bajo patrones concebidos desde el gabinete; son aquellas investigaciones que más impacto han tenido en las políticas públicas relativas al uso de drogas, y se realizan a través de instancias facultadas de la salud mental quienes se encargan de levantar encuestas y censos a los pocos usuarios que acuden a solicitar algún tipo de servicio aun sea en consulta externa⁶. Resaltan algunos trabajos de corte epidemiológico que muestran claramente el manejo de cifras, donde mediante un discurso medicalista se intenta un acercamiento a la realidad del uso de drogas.

Entre las investigaciones con este enfoque que más resaltan en México sobre el uso de heroína encontramos las de Cravioto, *et al* (2003)⁷; Natera, *et al* (2000)⁸;

⁵ Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Centro de Integración Juvenil (CIJ), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), etcétera.

⁶ Un ejemplo ilustrativo es el del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el cual trabaja en conjunto con dependencias encargadas en el tratamiento de las adicciones como clínicas, hospitales psiquiátricos, consejos tutelares, ONG's, servicios de urgencia, servicios médicos forenses, y otras fuentes primarias de información. Véase: SISVEA (2001)

⁷ Cravioto, P., et al. (2003) "Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento". En: *Salud Pública de México*, No. 45. México: INSP, Pp. 181-190

⁸ Natera, Guillermina, et al. (1991) "El consumo de heroína y otros opiáceos en México". En: *Salud Mental*, Vol. 14, no. 4, Diciembre.

Ortiz, *et al* (1998)⁹ en donde se ofrece una revisión de las características del uso de heroína y se maneja la información en términos de prevalencias e incidencias que permiten establecer tendencias generales y que a su vez serán datos que tendré presente al momento de realizar los acercamientos etnográficos.

Otra investigación de suma importancia en el tratamiento del tema de la heroína en México es la compilación realizada por Cabrera, *et al*¹⁰ que reúne estudios llevados a cabo por organismos o dependencias como los Centros de Integración Juvenil A. C., el Instituto Mexicano de Psiquiatría, o el Instituto Mexicano de Seguro Social.

Existe así mismo cierta literatura pertinente al estudio del uso de heroína que debo mencionar y que será parte medular en este trabajo. Se trata de estudios que se centran en las dinámicas generadas por los usuarios de drogas intravenosas en especial de heroína en la franja fronteriza de E.U.A. con México y en España. Hago mención del primer estudio realizado por Reyes Ramos¹¹, el cual consiste en un abordaje etnográfico de la “cultura de la droga” en El Paso, Texas, que comprende una historia de diez años. El autor estudió las normas culturales y de

⁹ Ortiz, A. et al. (1998) “El consumo de heroína y otros opiáceos en México. Datos del Sistema de Reporte de Información en Drogas”. En: Biblioteca Virtual en Salud, México: INSP. En: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/061998.htm> Consultado en: Abril de 2004.

¹⁰ Cabrera, J.; R. Zapata; F. Wagner; R. Ortíz y J. Santos (Comps.) (1998) *Heroína*. México: CONADIC, S.S.A., CIJ.

¹¹ Reyes Ramos (1998) *An Ethnographic comparison of the mexican-american drug culture in El Paso, Texas 1987-1997*. Austin: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse. Disponible en: <http://www.tcada.state.tx.us/research/populations/elpaso698.pdf> Consultado en Mayo de 2005.

socialización de los *Tecatos*¹², así como sus redes de consumo y de búsqueda de heroína que trascienden incluso los límites territoriales fronterizos.

Un segundo estudio llevado a cabo por Reyes Ramos¹³ también en los E.U.A. y cuya pertinencia considero relevante para mi investigación sobretodo por la especificidad en el tratamiento del tema, es aquel donde el autor realiza una investigación etnográfica sobre el “abuso” de heroína por “mexico-americanos” en San Antonio, Texas. En este estudio, el autor desarrolla un seguimiento a través de informantes clave y colaboradores exusuarios de heroína para identificar los patrones de consumo así como los procesos de salud/enfermedad/atención a través de itinerarios terapéuticos.

En España, los trabajos más específicos sobre el consumo de heroína están a cargo tanto de Pallares¹⁴ - que realiza un estudio sobre los *yonquis*¹⁵ de Cataluña a través de itinerarios terapéuticos -, como de Gamella (1990), quien a su vez toma mano del texto biográfico para explicar la situación de la heroína en España guardando siempre la confidencialidad y el anonimato para no comprometer las identidades de los actores involucrados y los lugares, sustituyéndolos deliberadamente por otros. Este trabajo fue realizado en el medio natural donde

¹² El origen del término es desconocido, pero algunos usuarios de heroína declaran que fue usado durante la década de los años cuarenta para distinguir a los usuarios de heroína de los opiómanos. En la actualidad el término incluye a usuarios de drogas intravenosas como cocaína, “speedball”, crystal, etc. (véase: Reyes Ramos, Op. Cit.)

¹³ Reyes Ramos (1995) *An ethnographic study of heroin abuse by Mexican Americans in San Antonio, Texas*. Austin: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse. Disponible en: www.tcada.state.tx.us Consultado en Mayo de 2005.

¹⁴ Pallares i Gomez, Joan (1995) *La dolca punxada de l'escorpí*. Lleida: Pages editors.

¹⁵ Término que designa a los usuarios de drogas intravenosas en España.

los *yonquis* se desenvuelven y construyen su identidad, excluidos y marginados por su condición de estigma e ilegalidad.

Un trabajo digno de consulta es el estudio elaborado por Albertin¹⁶, donde la autora realiza un seguimiento reflexivo sobre una experiencia propia, la experiencia de ser investigador en un contexto como el de la heroína en Barcelona. Su experiencia etnográfica en este análisis le proporcionó herramientas para contextualizar los datos obtenidos en campo a través de un relato en el cual mediante formas discursivas, nos muestra la realidad de los usuarios de heroína.

A continuación, me dispongo a hacer un recuento del proceso de arraigo de las adicciones como un fenómeno cuyos orígenes van de la mano con la historia de la modernidad y de los padecimientos relacionados con el uso de sustancias sobretodo provenientes del opio.

Breve historia de la heroína.

La agravación de los males - derivados en nuestros actuales problemas de adicciones- tuvo lugar a mediados del siglo XIX con el advenimiento de las guerras del opio que enmarcan la primera fase de una toxicomanía de masas, como sucedió en el caso de China convertida en un inmenso mercado con unos cien millones de consumidores de opio¹⁷. Mientras Inglaterra miraba cómo se expandía su economía a través de una gran masa de aficionados al opio, los métodos

¹⁶ Albertín Carbó, Pilar (2000) *Un estudio etnográfico sobre usuarios/as de heroína. Conocimiento psicosocial y práctica reflexiva*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social. Universidad de Girona.

¹⁷ González, C.; et al. (1989) *Repensar las drogas*. Barcelona: Grupo Igia.

artesanales de la herbolaria y el fin medicinal de ciertas sustancias que antaño se les otorgaba poderes mágicos y divinos, se transformaron para uso con fines recreativos y consumo de masas que posteriormente derivaron en los padecimientos que hasta nuestros días persisten. Al respecto Estébanez (2002:131) comenta:

“Fue a partir de aquél tiempo (siglo XIX) cuando comenzó... se observó un aumento en el consumo de morfina y opio así como en el número de personas que se encontraban verdaderamente adictas a esas sustancias, ya que el término toxicomanía no se refería solamente a la adicción a una sustancia tóxica, sino que también se refería a la conducta desviada de los que consumían esas drogas aun no tradicionales en occidente... En Europa occidental en las dos primeras décadas del siglo XIX comenzó a generalizarse el consumo de *drogas de recreo* en los grupos sociales que podemos definir como *clases de placer*, es decir entre colectivos de clases altas, aristocracia, artistas, profesionales del comercio sexual y entre el mundo de la delincuencia.”¹⁸

El uso del opio no se difundió sino hasta que los ingleses, al ver la oportunidad de propiciar un gran negocio, comenzaron con el trueque de opio producido en la India a cambio de té y seda que los chinos fabricaban. Aprovechando la situación de ilegalidad del tráfico de opio que en China tenía lugar, Inglaterra se dispuso a desarrollar un mercado clandestino en el propio territorio chino. Posteriormente, una segunda causa de la masificación del uso del opio no solo en China sino también en Occidente, fue la industrialización que repercutió en las distintas

¹⁸ Estébanez, Pilar (ed.) (2002) *Exclusión social y salud. Balances y perspectivas*. Barcelona: Icaria.

maneras de herboristería –como ya se mencionó- y el uso de tópicos y brebajes con base en distintas plantas, en especial derivados de la adormidera; propiciando en vez de ello una innovadora propuesta de elaboración y distribución de la medicina.

Con el advenimiento de la era post-industrial, las personas tuvieron que adaptarse a un naciente modo de vida que transcurría a la par del nuevo orden. Nuevas maneras y saberes tuvieron lugar, y el progreso tomó un matiz de necesidad básica para la sociedad y en cuyo nombre se decidía y se actuaba, de manera que tales disposiciones comenzaban a generar sociedades anómicas y actos desviantes sobretodo en la clase obrera. Las repercusiones de este nuevo orden tuvieron además de un cambio estructural, un cambio de espiritualidades que gradualmente vino a darse lugar.

Al respecto Escohotado (1996:90) nos dice:

“...un periodo de cambio, tensión y feroz competitividad en nombre del progreso, que excita insomnio neurosis y abatimiento. Económica y sociológicamente latían procesos inflacionarios, los riesgos de la pura especulación, el peligro de desfase por innovación en técnicas comerciales, la proletarización en grandes masas campesinas el hacinamiento en suburbios miserables de grandes ciudades. Comenzaba también una crisis de fe religiosa y autoridad dentro de la familia tradicional, que propiciaba en algunos la nostalgia hacia viejos tutores y tabúes, mientras otros caían en el desarraigo, incapaces de adaptarse al pasado tanto

como al presente. Estaba también la creciente prisa con la que iba siendo preciso hacer las cosas”.¹⁹

Es decir, con la industrialización vinieron nuevas formas de vida, donde el vestido, la alimentación, el transporte y todas las necesidades básicas comenzaron a entrar en la dinámica de la oferta y la demanda, derivando en nuevos estilos de vida y nuevas maneras de ver el mundo. La medicina no fue la excepción, las boticas comenzaron a expandirse y a ser reguladas por el estado. El láudano, que venía siendo un remedio por excelencia, fue sustituido pronto por la morfina y sucesivamente por la heroína, más adictiva aun que la morfina misma. Esto trajo consigo prácticas diferenciales que con el paso del tiempo han sido renovadas, pues mientras que el opio era usado en grandes cantidades para alcanzar un grado considerable de ebriedad y olvido, con la morfina y la heroína las cantidades y los tiempos se redujeron mientras que los sentimientos de heroicidad, euforia y placer se aumentaban; de esta manera, el surgimiento de la heroína a fines del siglo XIX trajo consigo un aumento del fármaco-mercancía en todas las farmacias de todos los continentes y su demanda fue cada vez mayor.

Fueron los Chinos los protagonistas e introductores del opio en América, al respecto Suárez Toriello (1989:53) comenta:

“En 1852 un gran número de chinos de clase media (no fumadores de opio) emigró a los E.U.A., atraídos por la fiebre del oro de California. Muchos inmigrantes se convirtieron en buscadores de oro y la mayoría logró reunir algo de

¹⁹ Escohotado, Antonio (1996) *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.

capital; cuando el abastecimiento de oro terminó, los gambusinos tuvieron que volver al trabajo asalariado. Los chinos fueron discriminados y obligados a trabajos más pesados... Los mercaderes chinos que habían logrado reunir capital fueron a comprar opio. La importación de grandes cantidades de opio creó demanda entre la clase pobre de chinos que tenían ya el antecedente de haber utilizado opio; al término del siglo XIX el 40% de los inmigrantes chinos fumaban opio.”²⁰

Por estudios previos se sabe que las primeras referencias sobre el consumo de opiáceos en México aparecen de manera sustancial al final del siglo XIX. Se destaca sobre todo la difusión del opio a partir de las migraciones chinas al inicio del siglo XX, las cuales tenían como destino principalmente los estados del norte de México.

Según cita de Luis Astorga (1996: 49), Heriberto Sinagawa Montoya afirma que los chinos que emigraron a Sonora, huían de las difíciles condiciones de vida que conocieron en calidad de mineros de las minas de Baja California Sur desde 1885, y entraron por el puerto de Guaymas, trayendo consigo la semilla de amapola, la cual cultivaron en sus huertos destinando el producto para autoconsumo. No fueron escasas las acusaciones directas de la degradación social que representaba este hábito entre los chinos, pero poco a poco el gusto se difundió ya que, según Astorga, con el inicio de la segunda Guerra Mundial el consumo de opio se recrudeció, aumentando su demanda y provocando que se cultivara con fines comerciales. Cabe mencionar que la “adormidera blanca” ya figuraba desde

²⁰ Suárez Toriello, José E. (1989) “Heroína y algo más”. En: Cabrera, J; R. Zapata; F. Wagner; R. Ortiz y J. Santos (Comps.) *Heroína*. México: CONADIC, SSA, CIJ. Pp. 47-55.

1886 en la flora local del noroeste de México, aunque se desconoce si tenía un uso narcótico, aun así, hasta el momento la versión de la introducción de la amapola en Sinaloa y Sonora por los chinos es la más difundida.

Actualmente, los estados de Sonora, Sinaloa y Baja California, siguen presentando los más altos niveles de consumo de opiáceos y sus derivados, principalmente la heroína. Según se dice, la condición fronteriza del estado de Sonora, desencadena un proceso de “estancamiento de la droga”, ya que mucha de la heroína que va a E.U.A. no logra pasar los retenes quedándose en territorio sonorense e incrementando de este modo la cantidad de droga en el “mercado negro” y en consecuencia la cantidad de su consumo. A continuación una nota periodística que revela lo mencionado.

“Siente Sonora efecto. Al reforzar E.U. la frontera, la droga se queda en Sonora advierte el procurador”.

De acuerdo con autoridades policíacas... la droga está quedándose en la entidad al complicárseles a los “narcos” el poder cruzarla... El procurador General de Justicia de Sonora... reconoció ayer que al endurecerse la vigilancia fronteriza y dificultarse la introducción de la droga hacia los Estados Unidos el consumo irá en un aumento no solo en Sonora, sino a lo largo de toda la franja fronteriza... esta situación está provocando que la droga se quede en los estados fronterizos, lo que ocasiona que los narcotraficantes busquen la venta de la misma o su comercialización en nuestro país... en el caso de los narcotraficantes de Sonora... al verse impedidos para introducirla al vecino país, lógicamente la dejan en nuestro estado; no toda pero una gran parte²¹.

²¹ El Imparcial. “Siente Sonora efecto”, 22 de octubre de 2001

Una vez que hemos tenido conocimiento sobre el proceso sociopolítico que dio lugar al consumo desmedido de la heroína desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, podemos afirmar que el problema de la heroína estriba en que siendo un medicamento controlado escapa de las manos convirtiéndose así en un herramienta de control que tiene lugar a través del narcotráfico ahora en nuestros tiempos, repercutiendo en gran parte de la población a través de los efectos psicofísicos y sociales que conlleva la adicción a dicha sustancia. Ante ello, el sistema médico no ha sido capaz de crear modelos que coadyuven a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que ya hacen uso de ciertas sustancias llamadas drogas particularmente heroína.

¿Heroína en Hermosillo?

La ciudad de Hermosillo destaca por la creciente incidencia en el consumo de heroína; Natera²² lo constata en su estudio sobre el consumo de heroína y opiáceos asegurando que desde 1991 el mayor consumo de heroína se concentra en el noroeste de México, en las principales ciudades de Baja California, Sinaloa y Sonora. Los grandes números presentados por Natera parecen otorgar validez y pertinencia a la realización de estudios de caso en la ciudad de Hermosillo con el fin de contribuir con nuevos acercamientos y diagnósticos que nos permitan evaluar las condiciones y alcances reales del uso de heroína en la ciudad.

²² Natera, Guillermina et al. (Op. Cit.)

La heroína (o “chiva”)²³ en Hermosillo, Sonora, es una sustancia negra con aspecto de miel quemada, de olor y sabor amargo fuerte. Su costo en las calles es de 50 pesos una dosis estándar²⁴ (equivalente a 35-50 mg. aproximadamente que se combinan con 25-50 ml. de agua), aunque pueden encontrarse cantidades aun menores a una dosis que se revenden en las calles.

La heroína hace labor de convencimiento al usuario una vez que este decide consumir a diario por un periodo no más de quince días, tiempo durante el cual aun la voluntad de los que la usan no se ve del todo menoscabada aunque pueden apreciarse actitudes de búsqueda y pensamientos obsesivos en esa primera fase. El método de aplicación de una dosis requiere de instrumentos relativamente fáciles de conseguir, normalmente una cuchara o lata de aluminio, una jeringa y un filtro que puede ser una borla de algodón o el filtro de un cigarrillo (acetato de celulosa) Los efectos de una primera inyección intravenosa conllevan desde una sensación extrema de placer conocida como *rush*²⁵, hasta un pleno amodorramiento despreocupado, ambos acompañados por un rubor caliente en la piel y comezón intensa por breves segundos.

La heroína es conocida en distintos ámbitos como “la reina de las drogas” con efectos igual de magnánimos y devastadores; daña principalmente las sustancias

²³ La heroína es conocida entre los usuarios en todo el mundo de distintas maneras: white, smack, H, caballo, negra, etc. En Hermosillo, Sonora, el nombre más usual con que se la conoce es “chiva” y sus características difieren de las demás heroínas fabricadas en el mundo.

²⁴ En el mercado negro, la heroína cuesta \$50 pesos una dosis estándar. Con \$50 pesos se pueden conseguir tres píldoras psicotrópicas, o bien, 5 cigarrillos de marihuana, o bien, una dosis estándar de cocaína, o bien, un globito de cristal, o bien 3 “caguamas”, o bien una botella de vino tinto, o bien dos cajetillas de Marlboro.

²⁵ El *rush* consiste en un “arranque de euforia” producido por el consumo de una sustancia psicoactiva. El *rush* también es conocido como *flash*.

químicas producidas de manera natural por el cerebro llamadas neurotransmisores, cuya función es enviar señales a través de las endorfinas segregadas de manera abrupta a causa del consumo de la sustancia²⁶. Una vez que el cerebro se “acostumbra” a este mecanismo impuesto comienza a producir daño dando lugar a lo que conocemos como “síndrome de abstinencia”. Una reducción repentina de la sustancia ocasiona inquietud, dolor de huesos y músculos, diarrea, rinorrea, escalofríos, espasmos, fiebre, “carne de gallina”, movimientos en las piernas, insomnio, pánico, sudor, bostezos, calambres, pérdida del apetito y depresión. Por tanto para evitar el síndrome de abstinencia se deben normalizar las funciones del cerebro; sin embargo, en Hermosillo no se han registrado casos de una abstinencia sin síndrome, lo que supone que no hay escapatoria para un dependiente de la heroína sino es enfrentando lo inevitable. Esta circunstancia evita con mucha frecuencia que los usuarios se acerquen a solicitar ayuda, aspecto que propicia la automedicación, que en algunos casos ha desgajado en sucesos desafortunados²⁷.

Existen en el mundo distintos tratamientos que se abocan a paliar los efectos de la supresión por heroína. En una persona habituada a ella, el síndrome de

²⁶ En psiquiatría esto significa que la heroína actúa en el cerebro remplazando a los opioides naturales que produce el cerebro, como las propias endorfinas, las encefalinas y las dinorfinas; inmediatamente el organismo se hace dependiente de la heroína para funcionar de manera normal. Cuando un consumidor decide abandonar su uso se presenta el síndrome de abstinencia, ya que el organismo no cuenta con las sustancias naturales, ni con la sustancia que remplazaba la función normal del cerebro.

²⁷ Un caso referente es aquel que destacó en la prensa Hermosillense, cuando una joven de 24 años falleció a consecuencia de la ingesta de un tónico “para calmar sus ansias de droga”. La nota cita: “Los amigos de la mujer dijeron que la joven consumió un “té” que calmaría su necesidad de drogarse, el cual habría conseguido en una tienda naturista del Centro. En estos establecimientos, es posible conseguir unas cápsulas conocidas como “Sello de oro”, las cuales tienen efectos calmantes para los drogadictos, pero no especifican reacciones que podrían causar si quien lo toma está bajo el influjo de una droga fuerte como la heroína (El Imparcial, miércoles 19 de julio de 2005).

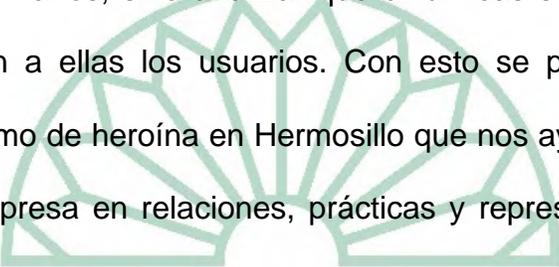
abstinencia puede aparecer al término de las 12 horas, el cual puede mantenerse hasta pasados 15 días si no se detiene. El tratamiento del síndrome de abstinencia presentado en consumidores dependientes tiene que ser sobretodo un tratamiento farmacológico; en este caso el más usual en distintas partes del mundo, incluyendo a nuestro país, es el de la *metadona*, aunque también existen en otros países - debido a sus modelos de atención y a sus condiciones de infraestructura- tratamientos más costosos donde se utiliza *naltrexona*, y *buprenorfina*, por ejemplo en España y en otros países de Europa²⁸.

En este caso, la particularidad de la heroína y su uso no puede aislarse de su contexto, porque siendo la heroína la sustancia mayor penalizada y por lo tanto estigmatizada, y siendo Sonora un estado generador de divisas para el tráfico de estupefacientes a gran escala, los consumidores crean espacios y dinámicas de supervivencia ante un problema tanto de salud pública como social. Es por eso que haciendo uso del método etnográfico he penetrado en el campo de los llamados adictos a la heroína ponderando sobretodo aquellas dinámicas - generadas en gran parte por el prohibicionismo- que se crean en este grupo oculto. En este caso, presento el resultado de una aproximación empírica a las concepciones, experiencias y visiones que sobre la heroína tienen estos sujetos en Hermosillo, Sonora, sin dejar de lado el contexto sociocultural en el cual se desenvuelven. Todo ello desde una perspectiva antropológica que pretende ser

²⁸ Existe en Ciudad Juárez, Chihuahua, una clínica de *metadona* en donde el tratamiento farmacológico consiste en un mantenimiento con agonista opiáceo (*metadona* o *buprenorfina*) que ayuda a abandonar el uso de heroína mediante un proceso de sustitución, posteriormente un tratamiento farmacológico “preventivo” mediante la administración de un antagonista como la *naltrexona* que suprime la apetencia irresistible por los opiáceos. Véase Guisa Cruz, Víctor “Clínica de Metadona”; en: *CONADIC informa*, No. Especial, junio de 2002. SSA.

abarcadora, y entendiendo el fenómeno de los usos de la heroína no de manera aislada, sino como un ámbito más de algo más complejo.

Así pues, aunque el uso de heroína no se encuentra entre las drogas de mayor prevalencia - comparativamente hablando en relación con otras sustancias psicoactivas, por ejemplo crystal o cocaína -, resulta necesario enfatizar en las dinámicas generadas por su consumo, lo que se traduce en no abordar el consumo en términos llanos, sino analizar qué dinámicas se generan y cómo se incorporan y adaptan a ellas los usuarios. Con esto se pretende obtener una radiografía del consumo de heroína en Hermosillo que nos ayude a comprender el uso social que se expresa en relaciones, prácticas y representaciones de, para, sobre y por la heroína.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Cap. 1 La taxonomía de la estrategia

¿De quiénes estamos hablando?

Gamella menciona que heroinómanos son:

“...Todos aquellos consumidores regulares de opiáceos que perseveran en su uso a pesar de los problemas legales, laborales, familiares, físicos, psicológicos, etc., que tal consumo les plantea y quienes generalmente llegan a sentirse dependientes de tales sustancias, actuando en consecuencia, es decir, consumiéndolas para evitar los síntomas psicológicos o fisiológicos que se *asocian* a la abstinencia”.²⁹

Este grupo de usuarios de heroína o heroinómanos, representa a una población cuyas características no conocemos y que por el grado de su clandestinidad no podemos medir de manera cuantitativa, ni mediante encuestas, ni mediante censos. Este grupo de usuarios de heroína cuya identidad ha sido estigmatizada y excluida a través de distintas formas en la dinámica social -independientemente de cualquier condición o clase- presenta toda una gama de códigos y significados difíciles de desentrañar si no se accede a él de manera que la entrada no sea considerada una intromisión o una ofensa para quienes integran el grupo.

El término de “poblaciones ocultas”³⁰, sirve para designar a aquellos grupos sociales excluidos por una dinámica social impuesta por una mayoría. Este término surge desde las ciencias sociales como un concepto incluyente que

²⁹ Citado en Pallares, Joan (Op. Cit., 31)

³⁰ Adler, P. (1990), Lambert, E. (1990), Romaní, O. (1999)

pretende abarcar a aquellos que se consideran en desventaja; designa a sujetos “extramuros”³¹ como aquellos sin hogar, enfermos mentales crónicos, criminales, trabajadores sexuales, drogodependientes, indigentes, etc. Estratégicamente, el término sirve para “localizar” en el espacio a una población o grupo específico cuyas dinámicas son desconocidas o ignoradas por la mayoría de las políticas públicas, por investigaciones sociales, o bien, simplemente por la visión dominante que establece el orden social. Sin embargo, aun cuando un sujeto que “pertenece” a una de estas poblaciones ocultas pudiera permanecer excluido de un programa de beneficencia pública, no deja de desempeñar distintos roles en distintas situaciones. Entonces, el término poblaciones ocultas, designa a sujetos que dadas ciertas circunstancias permanecen al margen de una visión omniabarcadora y de un orden específico incluyente, y sin embargo se desenvuelven en dinámicas de supervivencia generando de esta manera aquello que los caracteriza como poblaciones en riesgo. Es por ello que estas poblaciones ocultas, quienes deberían ser más estudiadas y comprendidas, son las más ignoradas y estigmatizadas y por ende las más desprotegidas, generándose de tal manera el mismo ciclo reproductivo de esta población.

En este caso, Reyes Ramos comenta que la mayoría de los científicos sociales no se acercan lo suficiente a los usuarios de heroína para aprender su lenguaje, para saber cómo son ellos, qué hacen y cómo forman sus percepciones de riesgo. Lo que Reyes Ramos describe como una falla metodológica, se deriva del comentario de un informante a sus preguntas:

³¹ Gonzalez et al. (Op. Cit.)

“People who are not *tecatos* don’t know us because they don’t get in with us. When do you see some one who is not a *tecato* with us? Our square relatives don’t even want to associate with us. People who study us don’t get in with us... they ask you some questions and they split. You never see them again. Or, they invite you to their office, usually out of the barrio, and they ask you some question for an hour. If you (i.e.researchers) really want to know about us, they need to us at different hours and day. By being around... you learn how to know a *tecato*... not only to spot one, but to know what a *tecato* really is. That way you learn our personalities, the good, and the bad, and the ugly”.³²

El contexto y las estrategias de la investigación.

Esta investigación se basa en un estudio de seguimiento etnográfico realizado durante agosto de 2003 a julio de 2004, y de octubre de 2004 a junio de 2005. La primera fase se desarrolló en la calle y la segunda en el Centro de higiene mental Carlos Nava Muñoz, por ser uno de los nosocomios con mayor número de pacientes internos por uso de heroína tal como lo señalan Rodríguez et al, en una cita de Ortiz³³. Previo a este trabajo realizado en campo llevé a cabo una revisión hemerográfica del noticiario referente al consumo de heroína, con la encomienda de develar el discurso y su manejo en la prensa. Este trabajo recopilatorio comprendió un seguimiento hemerográfico de los periódicos “El Imparcial” y “Cambio”, que se desarrolló durante el periodo 1998-2005 alternando las consultas según las oportunidades de adquisición de los diarios.

³² Reyes Ramos (Op. Cit.:4)

³³ “La información sobre el consumo de heroína proporcionada por el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID)... mostró que en la ciudad de Hermosillo, Sonora, de un total de 57 individuos usuarios de drogas, internado de enero a julio de 1999 en el hospital psiquiátrico Carlos Nava Muñoz, el 41% fueron detectados como consumidores de heroína y el 5.3% de otros opiáceos. En el segundo semestre de ese mismo año, en esta misma institución se encontró que de 47 internos, el 43.3% consumía heroína y el 13.6% otros opiáceos”. Ortiz, A. Et al (2000)

Los sujetos involucrados en la primera fase del trabajo de campo que corresponde a la calle, fueron seleccionados tomando en cuenta la disposición y el involucramiento voluntario de los informantes. Cabe mencionar que el grupo contaba con 25 usuarios, sin embargo, en las observaciones llegué a considerar sujetos que no permanecieron sino en ocasiones intrascendentes, entiéndase acompañantes, usuarios esporádicos, y aquellos no consuetudinarios. De estos 25 sujetos, logré entrevistar a cinco, quienes se ofrecieron a acompañarme en los recorridos por las calles, buscando sobretodo una gratificación por la cortesía presentada. Fue a estos cinco informantes a quienes tuve obligadamente que exponerles la verdadera intención de mi actividad, mientras que los 20 restantes, aunque no hubo un encuentro directo, de igual manera fueron actores en el escenario.

A continuación presento una ficha de identidad de los informantes en la fase correspondiente al trabajo de campo en la calle resguardando el anonimato para lo cual hago uso de nombres y apodos ficticios:

Informante	Javi	Moisés	Pato	Pío	Juan
Edad	45 años	36 años	28 años	39	22 años
Estado civil	Separado con dos hijos	Nunca se ha casado. Tiene un hijo	Soltero	Soltero	Soltero
Situación actual	Vive con su madre	Vive en comunidad con sus hermanas/os	Vive con sus padres	Vive con sus padres	Unión libre
Ocupación	Labora como agente de ventas	Desempleado/albañil	No referida	Desempleado	Estudiante
Historia de consumo	7 años	12 años	3 años	10 años	2 años
Escolaridad	Preparatoria	Secundaria	Preparatoria	Secundaria	Actualmente realiza estudios universitarios

Cuadro 1. Ficha de identidad de informantes de la calle.

Cabe observar que el acompañamiento con estos sujetos se dio tanto en el contexto de los “puestos”³⁴ como en sus hogares y lugares frecuentados fuera de la dinámica de consumo. En el acompañamiento de estos sujetos pudimos coincidir en situaciones tanto de riesgo - como sería la recogida por parte de la policía, algún asalto o querrela- así como en situaciones diversas que van desde una plática informal.

Estos sujetos eran conocedores del movimiento generado por la heroína ya sea en su búsqueda o en su consumo; sabían quiénes eran los proveedores y en donde localizarlos. Podría decirse que eran merecedores de la confianza de los proveedores, ya que la antigüedad en la dinámica de consumo marca cierto estatus entre los heroinómanos y en este caso tanto Javi como Martín y Pío tenían una experiencia incuestionable. El caso de Juan representa un caso distinto al prototipo impuesto del heroinómano –persona desgarbada, despreocupado por su imagen, extremadamente delgado. En este caso se trata de un joven universitario que muestra una carrera adictiva de dos años con bastantes recaídas en su haber. Hablaré más detalladamente de esta diferencia en el apartado sobre los resultados de campo en “la calle y la actividad”.

La segunda fase del trabajo de campo consta de un acercamiento al modelo hospitalario del CHMCNM, y al proceso terapéutico visto a través de tres itinerarios. En esta ocasión, el acceso al hospital estuvo regulado por el Dr. Psiq.

³⁴ Los “puestos” son los lugares de venta de heroína que constantemente cambian de dirección en lo ancho de la ciudad y que de esta manera modulan los recorridos de los *tecatos* en busca de heroína.

Enrique Morales Minor, encargado del pabellón de adicciones a quien le expuse la intención de este trabajo haciendo de su conocimiento las necesidades para llevarlo a cabo. El único requisito fue portar la bata blanca para marcar una “distinción”, ello propició un encuentro desigual entre el interno y yo como investigador. Fue inútil exponerles a mis informantes la labor que realizaba desde la antropología pues para ellos siempre fui “una especie de psicólogo”. Siempre tuve en cuenta que estaba frente a una institución total³⁵ y en este caso frente a “poblaciones cautivas” y que ello propiciaba otra manera de acercamiento. Fue también un proceso de alejamiento de una experiencia de campo brusca e intensa, y de reivindicación de mi propio yo frente a un tema por demás patético.

De igual manera que en la calle, el número de informantes correspondió a tres sujetos a quienes les apliqué entrevistas a profundidad. Fue mera coincidencia que los tres sujetos concretaran su tratamiento de un mes al momento en que se llevó a cabo esta fase de la investigación. Por lo cual pude acompañarlos durante ese lapso en distintos momentos del trabajo de campo en el CHMCNM.

Los tres sujetos colaboraron incondicionalmente en mi trabajo posicionándose siempre como pacientes en una dinámica de emisor-receptor-emisor en donde los roles desempeñados tanto por mí como por mis informantes, fluctuaron entre las preguntas y las respuestas; en otras palabras, varias veces me vi envuelto en una serie de interrogantes que a capricho del informante debían ser contestadas. Ello

³⁵ Goffman, E. (1970:13) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

provocó que se sentaran las bases de una incipiente empatía entre los informantes internos del CHMCNM y yo.

La ficha de identidad se presenta de la siguiente manera:

Informante	Luciano	Rafa	Oscar
Edad	16	32	25
Derechohabiencia	ninguna	ninguna	IMSS
Historial de consumo	3 meses	10 años	3 años
# de hospitalizaciones	1	2	8
Estado civil	Soltero	Soltero	Casado
Red de apoyo	Madre	Madre	Esposa/madre

Cuadro 2. Ficha de identidad de informantes del CHMCNM.

Para comprender el proceso terapéutico y la situación de los heroinómanos de Hermosillo en el contexto del CHMCNM trabajé con una muestra cuantitativamente pertinente que constó de la revisión de información relativa a 20 expedientes de beneficiarios del tratamiento ofrecido por el CHMCNM durante el periodo 2003-2005. La selección fue al azar tomando en cuenta variables consideradas importantes en esta investigación y que proporcionaron información referente al contexto, situación y condición de los heroinómanos de Hermosillo, Sonora, buscando sobretodo una aproximación al perfil de los sujetos que acuden a solicitar el servicio en el CHMCNM. La manera en que se llevó a cabo dicha selección se determinó bajo estricto seguimiento, esto en razón de una política de resguardo de información meramente ética por parte de la institución.

Un tercer grupo con el que trabajé es el grupo de los “rehabilitados”. En el contexto de nuestra ciudad es difícil encontrar –por razones que en lo sucesivo se detallará- sujetos que hayan renunciado a su dependencia de heroína por determinadas circunstancias. Por tal razón la muestra estuvo formada por dos informantes cuya situación es considerada aun vulnerable debido al reciente egreso del tratamiento. El encuentro con estos dos informantes me proporcionó las bases para determinar los argumentos centrales en esta investigación sobretodo en referencia a la “recuperación” vista como un éxito o la recaída vista como fracaso aspecto que abordaré en el capítulo 4.

En resumen, el número de participantes que intervienen en esta investigación se detalla enseguida. Presento entonces un cuadro que muestra los grupos de sujetos y el número de integrantes con los que trabajé en esta investigación así como las técnicas empleadas– más no así los métodos que en lo sucesivo se puntualizan:

Grupo A: Usuarios “activos” en la calle.	25 sujetos	Observación –participación. Entrevistas. (5)
Grupo B: Usuarios en rehabilitación en el CHMCNM.	20 sujetos	Entrevistas. (3) Observación. Investigación documental ³⁶ .
Grupo C: “Rehabilitados”.	2 sujetos	Entrevistas. (2)

Cuadro 3. Sujetos que conforman la muestra trabajada en la investigación y las técnicas aplicadas.

³⁶ Información proporcionada por el CHMCNM relativa al ingreso de 20 usuarios de heroína que solicitaron tratamiento durante 2003 y 2004.

Cabe aclarar que la muestra de los expedientes revisados fue elegida discriminando a aquellos usuarios de drogas que no son heroína y usuarios provenientes de otros lugares fuera de Hermosillo, Sonora. Los datos específicos recabados fueron: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, derechohabiencia y número de ingresos al hospital entendidos como recaídas.

En todos los casos el criterio de selección de unidades de observación, se verá orientado por una muestra estructuralmente pertinente (y no estadísticamente significativa). Mi preocupación estará centrada en el sentido cualitativo de los datos que puedan aportar los sujetos involucrados a fin de producir interpretaciones acerca de los problemas planteados; sin embargo, los datos de corte estadístico y de referencia cuantitativa no serán subestimados.

Etnografía y narratividad: en busca del sentido y el significado.

Para desarrollar los objetivos planteados, me valdré de las técnicas y métodos propios de la antropología ingresando a través del método etnográfico a información de tipo sustancial, respaldada en una relación respetuosa con los individuos involucrados en sus diferentes contextos y guardando celosamente sus anonimatos, ya que lo que se pretende es un acercamiento cualitativo.

Debido a que el consumo de heroína tiene lugar en un contexto de clandestinaje, resulta difícil acceder al grupo de usuarios sin una estrategia definida. En mi caso, el interés por el tema surgió a raíz de que tuve conocimiento a través de la oralidad y el sentido común sobre determinado problema surgido a partir de la

muerte de un joven de 20 años que formaba parte de mis redes de amistad. El antecedente de mi interés surge en las vísperas de Navidad de 1997, cuando Arturo hace de mi conocimiento su afición por la heroína. El sábado 31 de enero de 1998 se publica su muerte en los diarios. Los que le conocimos coincidimos con la tragedia, sin embargo, el discurso incriminatorio y acusador de los diarios no propició más que un agravamiento de la situación de jóvenes como Arturo y el coraje de aquellos que le vimos sonreír más de una vez y que aun en la oscuridad de la noche vimos el brillo de sus ojos; y si aquello que comentaban los diarios era verdad, no lo sabían más de uno, se ignoraba que la juventud “prefería la aguja a la familia”. Con tal noticia que suponía que la juventud hermosillense moría a causa de la heroína se abre todo un debate en torno a lo que es mejor o peor para nuestra juventud.

Posteriormente, durante los tres últimos años de la licenciatura en antropología comencé a seguir los casos de este tipo de muerte en los periódicos y decires locales, conduciéndome al intento de construir un nuevo discurso que se acercara a esta realidad por medio de un análisis comprensivo, porque si bien el uso de heroína en Hermosillo es un problema, también lo es el tipo de acercamiento con el que hemos querido comprenderlo.

El creciente uso de heroína que señalan los diarios se manifestó en los barrios y en los hogares, así como en el número constante de internos en centros de rehabilitación. Curiosamente frente a la abundante y evidente presencia en las calles del uso y abuso de drogas en Hermosillo, los discursos existentes siguen

orientados por una campaña para vivir sin drogas en un ambiente social que crece día a día con ellas.

En este caso un método que me permitió estudiar de cerca el consumo de heroína en Hermosillo fue el conocido como Bola de nieve³⁷, definido por Vogt (1999) desde la estadística como “una técnica para encontrar sujetos de investigación. Un sujeto lleva al investigador a otro que así mismo proporciona el nombre de un tercero, etcétera”.³⁸ A través de este método tuve la oportunidad de acompañar a un usuario de heroína a un picadero en esta ciudad para acceder a la red de los heroinómanos. Lo primero que tuve que hacer fue aprenderme los códigos, establecer empatía y *rapport* con cada miembro de la red. De esta manera pude acceder a esta población de *tecatos* a través de una estrategia de compartimiento y acompañamiento con estos sujetos. Primeramente tuve que asumirme como un usuario más de heroína y concretar las primeras prácticas en mi nascente carrera de usuario, es decir, participar en el “regateo” de heroína y buscar las redes de venta. Adscribirme como usuario de heroína frente a ellos fue la llave principal para llevar a cabo el trabajo etnográfico aunque siempre cuidadosamente, pues ello implicaba los mismos riesgos y avatares de la vida de un *tecato*, desde la persecución, hasta la adicción.

³⁷ El método Bola de nieve implica un análisis en cadena que permite que el investigador construya estratégicamente una muestra –cualitativa en este caso- de aquellos individuos involucrados que manifiestan patrones y percepciones sobre determinado asunto dentro de un universo más amplio. Véase Van Meter, Karl (1990) “Methodological and design issues: techniques for assessing the representatives of snowball samples” in: Lambert, E. *op cit*.

³⁸ Vogt, W. P. (1999) *Dictionary of statistics and methodology: a nontechnical guide for the social sciences*. London: Sage. Citado en: Atkinson, Rowald y John Flint. “Accessing hidden and hard to reach populations: snowball research strategies”. In: *Social Research Update*. Issue 33, summer 2001. <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html>

Una vez que tuve acceso al grupo, algunos de sus miembros manifestaron cierto temor o desconfianza ante mi presencia como alguien ajeno, como un extraño. Se manejaban con cautela sobre lo que charlaban puesto que paradójicamente su adicción es considerada como algopreciado cuando no les es posible pensar en un cambio si la heroína les proporciona “todo”, y mi presencia en un principio incomodaba a más de uno que podía imaginar en mí a un soplón o peor aun, un “juda” o policía.

La investigación cualitativa surge como una necesidad en la encomienda de discernir los patrones que rigen las dinámicas y eventos demarcados por el uso constante de una sustancia. Ante ello, el investigador que penetra en el mundo de la heroína, se ve obligado a recrear un ambiente de empatía con sus informantes a través de técnicas como la observación-participante, y el *rapport* cuyas utilidades deben ser para moldear y garantizar la permanencia del investigador en el mundo que penetra. En cuanto a la observación participante entiendo por esta una herramienta que implica participar directamente en la situación y/o entorno social al que se aboca el investigador, cualquiera que sea el rol que desempeñe en campo. Al respecto Duverger (1988:330) dice:

“Se la denomina observación –participación porque implica que el observador intervenga en la vida del grupo, participe en sus actividades. Esta participación a veces es pasiva, limitándose al papel de espectador, si bien de un espectador que se ve, por la fuerza de los acontecimientos, incorporado al espectáculo, que se encuentra en escena entre los actores. Por otra parte, la participación, es a

menudo más activa, pudiéndose distinguir dos tipos diferentes: en el primero se trata de un observador, en un principio, externo al grupo y que se mezcla en su vida a fin de poder realizar sus observaciones, y en segundo se trata de un miembro del grupo que se esfuerza por adquirir la cualidad de observador, desdoblándose en cierto modo”.³⁹

Hammersley y Atkinson nos advierten sobre el riesgo de “volverse nativo” cuando la participación-acción es desmedida⁴⁰. Los problemas que surgen al momento de acceder a información de tipo sustancial pueden sesgar la información si ha sido obtenida mediante un “encuentro amistoso”, pueden surgir actitudes de parcialidad, inclusive los otros pueden limitar nuestras observaciones y conjeturas. En este caso la actitud tomada a través del trabajo de campo me permitió permanecer como “nativo marginal”, es decir, como alguien que entra y sale del contexto en el que participa y al cual observa.

La etnografía como instrumento antropológico, abre toda una gama de posibilidades para el acercamiento directo al contexto sobre el que se indaga. El etnógrafo se convierte entonces en testigo de ciertos patrones tanto individuales como relacionales que regulan la dinámica social del grupo estudiado mediante la observación y recopilación de información meramente cualitativa a través de la interacción marcada mediante el seguimiento etnográfico. Goffman relata lo anterior de la siguiente manera:

³⁹ Duverger, M. (1988) *Métodos de las ciencias sociales*. México: Ariel.

⁴⁰ Hammersley, M. y Paul Atkinson (1994: 114)

“El objetivo inmediato de mi trabajo de campo... fue tratar de aprender algo sobre el mundo social de los pacientes hospitalizados, según ellos mismos lo experimentan subjetivamente... creía entonces y lo sigo creyendo, que cualquier grupo de personas –sean presos, integrantes de un núcleo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados- forma una vida propia que, mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal; y que un buen modo de aprender algo sobre cualquiera de esos mundos consiste en someterse personalmente en compañía de sus miembros, a la rutina diaria de las menudas contingencias a las que ellos mismos están sujetos”.⁴¹

La etnografía como estrategia dentro de la perspectiva antropológica que presento ha sido de gran utilidad al momento de contextualizar la problemática en el tiempo y el espacio, esto quiere decir que el eje fundamental en esta pesquisa para el acercamiento a una realidad tangible pero poco estudiada, ha sido el método etnográfico. Con ello he conseguido acceder de manera inmediata a datos que me permiten recrear el contexto en que se da el consumo de heroína en el relato que presento en el **anexo 1**.

El relato representa una descripción etnográfica sobre diversas interpretaciones del mundo que parten del conocimiento propio adquirido en la carrera como investigador a través de la interpretación del discurso social; no pretendo más que rescatar “lo dicho” y de tal manera fijarlo en términos susceptibles de consulta. Los elementos que sirvieron para construir el relato se basan en anotaciones extraídas de los diarios de campo, con esto pretendo hacer un análisis reflexivo sobre la

⁴¹ Goffman, E. (Op. Cit.)

experiencia del trabajo de campo; se trata de un relato que intenta presentar un suceso en esencia y tiempo real. Los personajes y las dinámicas que presento fueron reales y hacen referencia a mi presencia en distintas situaciones. El número de usuarios que conforman esta primera parte del trabajo de campo fue de 25 sujetos, todos ellos -a excepción de los proveedores- son consumidores habitados a la heroína y representan a sujetos con los cuales pude establecer algún grado de interacción que podía ir desde una simple conversación hasta una relación más personal. Antes conviene remarcar que el rol que desempeñé en esta investigación etnográfica se empalma con otros roles y posiciones a lo largo de mutuas experiencias compartidas con los informantes; es a partir de estos roles y posiciones que intento contextualizar la experiencia de campo a manera de relato, con el propósito de presentar un contexto que nos sitúe en la problemática. El marco referencial sobre la escritura etnográfica y la construcción de relatos de Hammersley y Atkinson será de gran utilidad en esta ocasión; al respecto ellos comentan:

“Los etnógrafos necesitan cultivar sus habilidades literarias y ser autoconcientes de su producción escrita. De nada sirve ser reflexivos en el curso de la realización del proyecto y la investigación si se abandona la reflexividad cuando llega la hora de escribir... ello no significa que la etnografía deba aspirar a convertirse en literatura, o que los etnógrafos deban convertirse en críticos literarios o competir con los escritores profesionales... Se pueden extraer muchas ventajas a través de

cierto grado de conciencia *literaria*. Después de todo... el etnógrafo debe *contar una historia*".⁴²

Sin embargo, contar historias es solo una parte de la etnografía, dicha estrategia textual debe considerar la agudeza visual del observador y la sensibilidad ante lo observado, así como la capacidad del etnógrafo de intercambiar roles a través del *rapport*, es decir, "ponerse en los zapatos del otro". Relaciono el siguiente argumento de Denzin con lo anterior:

"Al adoptar el papel del otro que actúa, los sociólogos pueden escapar de la *falacia del objetivismo*, es decir, la sustitución de su propia perspectiva por la de los sujetos del estudio... Alguien que estudia, por ejemplo, el consumo de marihuana, puede hacer una generalización incorrecta a partir de su propia experiencia con ella sobre el grupo de consumidores que está examinando."⁴³

En este caso, el fruto de la descripción etnográfica, que va más allá de un mero "cuento" o "historia", intenta a través de tales recursos literarios proyectar un determinado contexto. Espero que a lo largo de la revisión de este trabajo, conforme avance paulatinamente la presentación del texto en varios niveles, el lector acabe familiarizado con el tema, por tal razón considero que el relato que presento escrito deliberadamente en primera persona puede servir como una herramienta de conocimiento sobre una situación por demás real. Tratándose entonces de una estrategia etnográfica, la narrativa empleada no estará inclinada

⁴² Hammersley y Atkinson (Op. Cit.: 229)

⁴³ Denzin, Norman (2000) "Un punto de vista interpretativo"; En: Denman, C. y Armando Haro (comps.) *Por los rincones*. El Colegio de Sonora, Hermosillo, Sonora.

a la ficción, pues no debemos olvidar que se trata de un texto con pretensiones científicas que aunque va a estar determinado por el autor, deberá ser validado íntegramente y en cada uno de sus procedimientos.

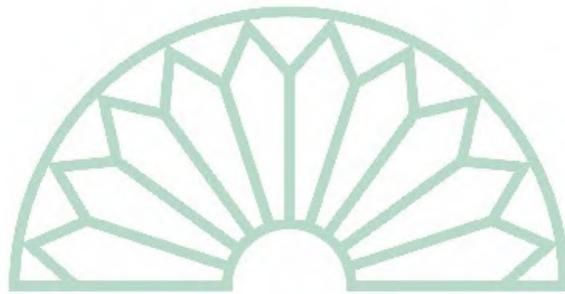
Finalizo este apartado con una cita de Geertz, quien reconoce la importancia de los estudios de corte cualitativo que nos sugieren un acercamiento sustantivo a un acontecimiento microsociológico,



“Esta clase de material producido en largos plazos y en estudios principalmente (aunque no exclusivamente) cualitativos, con amplia participación del estudioso y realizados en contextos confinados y con criterios casi obsesivamente microscópicos, es lo que puede dar a los megaconceptos con los que se debaten las ciencias sociales contemporáneas –legitimidad, modernización, integración, conflicto, carisma, estructura, significación- esa clase de actualidad sensata que hace posible concebirlos no sólo de manera realista y concreta, sino lo que es más importante, pensar creativa e imaginativamente en ellos.

El problema metodológico que presenta la naturaleza microscópica de la etnografía es real y de peso. Pero no es un problema que pueda resolverse mirando una remota localidad como si fuera el mundo metido en una taza de té o el equivalente sociológico de una cámara de niebla. Ha de resolverse –o en todo caso se lo mantendrá decentemente a raya- comprendiendo que las acciones sociales son comentarios sobre algo más que ellas mismas, y que la procedencia de una interpretación no determina hacia donde va a ser luego impulsada. Pequeños hechos hablan de grandes cuestiones, guiños hablan de epistemología

o correrías de ovejas hablan de revoluciones, porque están hechos para hacerlo así.”⁴⁴



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

⁴⁴ Geertz, Clifford (1996:34-35)

Capítulo 2. Algunos conceptos básicos.

Aquello que “representa” la heroína. ¿Quién representa qué?

El uso de heroína en un contexto criminalizador y estigmatizante como lo es en el caso de Hermosillo, se convierte en un problema social cuando surge a través de un proceso de arraigamiento de aquello que González et. al. llama imágenes culturales⁴⁵, que en este caso repercuten en la manera en que se concibe el uso de dicha sustancia. De esta manera, aquello que se considera un grave problema social ha sido previamente provisto de una carga semántica negativa que desgaja en el estigma.

Estas imágenes culturales aprehendidas de un campo comunicativo amplio que incluye patrones de interacción, medios informativos y reciprocidad, es decir, que tiene lugar en nuestra cultura, legitiman aquello que es permitido o prohibido por el *grosso* de la sociedad y cuya implícita normativización se transfiere incluso a los aparatos interventivos y a los grupos de poder dominantes que imponen su visión sobre un asunto considerado peligroso y que atenta contra el *status quo*.

Independientemente de la negatividad que lo caracteriza, un problema social –en este caso el consumo de heroína- es aquel que se pondera sobre los demás problemas en esa gama de conflictos agravándose de esta manera aquello que se ha considerado el “principal problema”; pondré un ejemplo de ello, en esa ocasión sobre las muertes en accidentes automovilísticos con referencia al alcohol; la incidencia de muertes ocasionadas por accidentes automovilísticos suele ser más

⁴⁵ González et al, (Op. Cit.)

elevada que aquella por fallecimientos ocasionados por sobredosis o por problemas derivados por el uso de heroína, sin embargo, esta última práctica es la que prima como perjuicio para la sociedad desembocando en la criminalización, persecución y acoso en aras de un particular modo de organización social que se inaugura a través de las representaciones sociales, en donde los estereotipos en torno a las drogas y sobretodo a la heroína, fundamentan la razón de una cultura de prohibición y rechazo.

Los medios de comunicación en la mayoría de las veces quedan alineados entorno a una fuente de poder dominante como pueden ser los grupos eclesiásticos, partidos políticos, u otras instituciones que de cierta manera contribuyen a una visión imperativa que provoca sensacionalismo. En estos casos es evidente cómo la información manejada de manera distorsionada genera un rumbo indefectible hacia el sesgo ideológico que impera en la visión dominante. Con ello se crea una imagen intrigante de un efecto propio de las “maneras de hacer”, así como de aquellos usuarios de sustancias como la heroína que ha generado el rechazo y la distancia intencionada que a su vez genera la propia diferencia.

Es sabido que en los medios masivos de comunicación de Hermosillo el manejo de información referente al uso de drogas es, si no criminalizador (con matices denunciadores o relatorías de hechos escandalosos), si desestimado. Con ello se asevera que “la heroína mata”, y “deja en la ruina”, que “las pérdidas son inevitables”, de tal manera que “atemorizar” se implementa como estrategia de

prevención repercutiendo sobretodo en aquellos que ya consumen, y el resultado es tal como diría Szasz (1980), nuestros actuales problemas de toxicomanía.

De esta manera la construcción social de los problemas relacionados con el uso de drogas tiene relación directa con el protagonismo de los medios masivos a través de imágenes distorsionadas donde se expresa la realidad de la droga dando lugar a los estereotipos y sembrando con ello actitudes de temor, desconfianza y rechazo en aquellos no consumidores.

Las representaciones que persisten en nuestra sociedad sobre el acto de “inyectarse heroína”, comienzan a ocupar lugar en las mesas de discusión. Las últimas noticias recién publicadas en “El Imparcial”⁴⁶, sin lugar a dudas son un intento - en el mejor de los casos- por manifestar la preocupación de funcionarios de salud que sobre el asunto tienen; sin embargo la idea hasta este momento en que redacto no ha sido del todo aceptada.⁴⁷

Pero, ¿qué vamos a entender por representaciones sociales?, término muy referido por la psicología y la psicología social. Moscovici acuñó el término con la intención de reconstruir el concepto durkheimniano de representación colectiva⁴⁸. Según Moscovici, las representaciones sociales son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales, él mismo las

⁴⁶ Órgano informativo de mayor circulación en el estado de Sonora.

⁴⁷ “Entregaré salud jeringas a adictos” y “Dar jeringas no aumenta adicción: Ortiz”, 19 de Agosto; y “Darán jeringas en picaderos”, 5 de Septiembre de 2005.

⁴⁸ Para Durkheim, las representaciones colectivas son formas de conocimiento elaboradas socialmente y que no pueden explicarse como fenómenos meramente individuales que pueden ser explicados por la psicología individual, véase Durkheim, E. (1898)

define como un concepto que designa una forma especial de conocimiento, el saber del sentido común y no meramente científico; designa en resumen una forma de pensamiento social:

“...Conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común.”⁴⁹

Los segmentos noticiosos dan muestra de representaciones que sobre el consumo de heroína se arraigan en la sociedad hermosillense; por un lado, la prensa trata de convencer a la opinión pública que la heroína “causa el mayor daño en el entorno familiar” y subestima –a veces por omisión- la realidad de la situación de los heroinómanos. Ello repercute en la manera en que se aborda la problemática trayendo consigo efectos tanto ideológicos así como instrumentales, que incluso tienen lugar en la implementación de estrategias desde las dependencias interventoras competentes como veremos en el **capítulo 4**.

Puede resultar obvio que esto deviene además de una concepción moral de los procesos sociales que posiciona a la heroína como la protagonista de la tragedia aludida en tanto “pócima del mal”. En este sentido, si la heroína no es en dado caso un objeto del mal por sí misma, lo es porque quienes la consumen son

⁴⁹ Moscovici (1981: 181) citado en: Román Reyes (dir) *Diccionario crítico de Ciencias Sociales*. Publicación electrónica. Universidad Complutense de Madrid, 2004. <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>

etiquetados como una especie de “engendros del mal”, o para alivianar el colmo como “legendarios de la decadencia”, o bien –dejando la literatura de lado- como delincuentes, marginales, desviados, etcétera.

El perfil del noticiario cotidiano en Hermosillo relativo al uso, consumo y portación de heroína, desemboca en la criminalización, persecución y reprobación, y solamente en casos de sobredosis y muerte, en lo que pudiera suponerse una “indiferente compasión”.

A continuación pretendo mostrar mediante una selección del noticiario la manera en que se percibe el consumo de heroína en la región con el afán de respaldar el argumento anterior:

“Arrestan a 27 adictos al *crystal* y heroína en San Luis Río Colorado”.

Agentes de la policía municipal arrestaron a 27 adictos al *crystal* y heroína en las primeras 48 horas del operativo “tecato”. El director de seguridad pública municipal... informó que los arrestos administrativos de 36 horas son para sacar de las calles a drogadictos... “estas personas con frecuencia cometen robos y asaltos a mano armada, aunque sea con cuchillos para sacar dinero y comprar la siguiente dosis... los viciosos aprovechan que las familias dejan solas para ir a robar así que tenemos que sacarlos de las calles para que no cometan delitos...”⁵⁰

“Encuentran cadáver junto a jeringas”.

Un hombre fue encontrado muerto... en el interior de una construcción en obra negra... presentaba restos de sangre en un hombro y varias jeringas estaban tiradas a su alrededor por lo que se

⁵⁰ “Arrestan a 27 adictos al *crystal* y heroína en San Luis Río Colorado”. Cambio. Sábado 19 de abril de 2003. Hermosillo, Sonora, México.

presume una muerte por sobredosis... fue encontrado en medio de 35 a 40 jeringas tiradas... presentaba huellas probables de un "arponazo"... tenía en el costado izquierdo del hombro un piquete de las mismas jeringas...⁵¹

Afirman que era adicta a la heroína. Muere una joven por sobredosis.

Una aparente sobredosis de droga acabó con la vida de una mujer de 24 años quien a decir de sus compañeros de casa... era adicta a la heroína... el médico legista refirió que por los antecedentes de drogadicción de la víctima, la posible causa de muerte fue una sobredosis de heroína.⁵²

Muere joven por una sobredosis.

Una sobredosis de heroína acabó con la vida de un joven de 20 años, el cual fue encontrado por su propio padre... tenía algún tiempo con problemas relacionados con el uso de drogas... esta vez la heroína fue más fuerte y lo venció... en su cara todavía quedaban rastros de la sangre que vomitó antes de morir... tenía en sus brazos las marcas de las jeringas que le provocaron la muerte... encontraron cerca del cadáver un total de 15 jeringas que presuntamente utilizó para inyectarse la droga.⁵³

Cabe mencionar que en nuestra sociedad existen imágenes y estereotipos dominantes arraigados sobre la heroína; ahora bien, los medios informativos -que además matizan ya sea en mayor o menor grado el orden social- no suelen plantearse la información desde una perspectiva crítica y reflexiva, sino que más bien parecen responder a una línea impuesta por aquellas imágenes dominantes, con lo cual el papel de los medios de comunicación masiva acaban por reforzar un proceso de exclusión hacia los consumidores de drogas intravenosas como la

⁵¹ "Encuentran cadáver junto a jeringas". El Imparcial. Viernes 23 de enero de 2004. Hermosillo, Sonora, México.

⁵² "Muere una mujer por sobredosis". El Imparcial. Miércoles 19 de julio de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

⁵³ "Muere joven por una sobredosis" El Imparcial, sábado 31 de enero de 1998. Hermosillo, Sonora, México.

heroína. En este sentido sí podemos hablar de influencias culturales de los medios de comunicación masiva⁵⁴.

Modelo médico e itinerarios terapéuticos

Sabemos que alrededor de la práctica del consumo de heroína se generan dinámicas de supervivencia que nos muestran un escenario en donde interviene de forma “incondicional” el sujeto, la sustancia y el contexto⁵⁵. Uno de los paradigmas del cual se parte para el estudio de las adicciones es el paradigma medicalista, cuyos términos referenciales sobre un asunto como lo es el uso de heroína y sus consecuencias, se define en términos de drogas y drogadicción. Este discurso impera en todo tratamiento que se da al problema derivado del consumo de sustancias psicoactivas.

Conviene señalar que el hecho de ver al uso de drogas como una mera enfermedad y no como un hecho social, conlleva a sesgar una buena parte de la información que ayudaría en dado caso a una comprensión más holística de la situación, pues el hecho de ver el uso de heroína como una mera enfermedad nos reduciría a un ámbito regido por la determinante de la historia natural de la

⁵⁴ Véase González *et al.* *Op cit.*

⁵⁵ El modelo sanitario en el tratamiento de las adicciones privilegia los determinantes de la historia natural de la enfermedad surgida desde la epidemiología y donde la triada ecológica agente-huésped-medio devienen en: sustancia-sujeto-contexto. El instrumentalismo con que se aplica dicho modelo lleva al cuerpo médico a soslayar al usuario de drogas, puesto que al no cuestionarse las verdaderas causas de las adicciones, sino solo aquellos factores que resultan fáciles de atacar con medidas de salud pública tradicionales, se deriva en un pragmatismo que discrimina la subjetividad de los individuos involucrados. Ante ello, el usuario reincide una vez dado por terminado su tratamiento. Ejemplos de esto se tratarán en el apartado sobre el modelo del Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz en el Capítulo 4.

enfermedad, siendo que la relación del sujeto consumidor de sustancias, con su entorno social, nos muestra una gama de significados aun difíciles de discernir.

Haro (2000)⁵⁶ nos habla sobre un concepto análogo a la historia natural de la enfermedad pero que a diferencia de esta incorpora la parte sociocultural del proceso de atención. Este concepto mejor conocido como la “carrera del enfermo” encuentra sus antecedentes en lo que Goffman llamaba “carrera moral del paciente mental”⁵⁷ y que posteriormente fue utilizado desde las ciencias sociales para explicar los procesos socioculturales de la epidemiología y la medicina. Con este concepto podemos suponer que muy a pesar de los diagnósticos referidos en determinado encuentro médico-paciente, sobre determinada dolencia o enfermedad, los pacientes enfrentan circunstancias semejantes a cualquier otra persona y responden de igual forma en determinados momentos de esa “carrera”.

A partir de este concepto, Goffman diserta en cuanto a los aspectos morales de la carrera del enfermo mental en un sentido sociológico. Cuando se refiere a la “carrera moral” del paciente mental comienza definiendo lo que para él significa el término carrera:

“El término empieza a utilizarse... en un sentido más amplio, para referirse a cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida...”

⁵⁶ Haro, Jesús A. (2000) “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En E. Perdiguero y J. Comelles (comps.) *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra. Pp. 101-161.

⁵⁷ Goffman (*Op. Cit.* : 132)

de una carrera así concebida no cabe afirmar que sea mediocre: tanto puede ser un éxito como un fracaso. A esta luz quiero considerar al paciente mental.”⁵⁸

La llamada carrera del enfermo también es conocida como itinerario terapéutico en el ámbito de las adicciones, con ello se pretende elucidar las maneras por las cuales los individuos se reorientan en un mundo de actividades y de planos individuales y colectivos que son muchas veces alterados por la enfermedad o la dolencia que en este caso representa el abuso de sustancias psicoactivas. Bajo esta óptica, el itinerario terapéutico conviene interpretarlo como un proceso por el cual los individuos o grupos sociales escogen y se adhieren o no a determinadas formas de tratamiento. En este caso, el itinerario terapéutico nos remite a una cadena de eventos que forman una trayectoria que está regida por la manera en que los individuos elaboran o definen su situación dentro de un fenómeno socio-cultural, en este caso un proceso de salud-enfermedad-atención. Osorio (2001:41) lo plantea de manera clara en el siguiente párrafo:

“...se han derivado otros conceptos... que se refieren al proceso asistencial... itinerario terapéutico... o bien, la conducta de búsqueda de salud... utilizada por diferentes autores... que con algunas variaciones internas, sirven para designar un complejo patrón de tratamiento que, puede ser estructurado en una serie de fases, en donde la primera es el inicio de algún proceso patológico (definido en términos biológicos, psicológicos o incluso culturales) que puede o no ser identificado, o reconocido como patología, es decir, que puede haber enfermedad (como proceso objetivo) sin padecimiento (como experiencia subjetiva) y viceversa; una segunda

⁵⁸ *Ibid* p.133

fase refiere propiamente al reconocimiento o detección del problema, que conlleva un proceso conductual o psicológico en donde ya intervienen directamente los aspectos socioculturales y los sistemas de significados. La tercera fase implica una definición del problema o la emisión de un diagnóstico, con la serie de etiquetamientos, asunción de roles y sanciones sociales derivadas del mismo; en la siguiente fase opera la selección del tratamiento y su aplicación a partir de los recursos disponibles y, por último, se verifica una evaluación de los resultados obtenidos”.⁵⁹

Drogadicción vs. uso social de drogas

En lo que a este estudio corresponde se parte de la construcción social del sentido de droga, es decir, se pretende ir más allá de la definición convencional de droga, tal y como fue difundida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974:

“Sustancia química, que se incorpora al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.)”.

Un “ir más allá” significa entender el fenómeno de la droga dentro de las representaciones y prácticas cotidianas de los implicados, con la finalidad de comprender mecanismos normativizadores y normalizadores de control social y de representaciones de poder; ya que lo que se persigue es explicar el proceso de determinación sociocultural para comprender cómo es que funcionan tales mecanismos. Finalmente, no es que se pretenda subestimar un concepto ya establecido, más bien se trata de entenderlo dentro de un proceso histórico y

⁵⁹ Osorio, Rosa M. (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.

social determinado, a través de una mirada antropológica que brinde soporte al análisis.

Romaní señala:

“...La definición del concepto estigmatizante de droga se origina durante los años del cambio del siglo en los E.E.U.U., a raíz del control del opio en Filipinas y también durante los años de la Primera Gran Guerra en algún país europeo, y puede seguirse a través de los principales convenios internacionales que fiscalizan determinados productos, ocasionando la criminalización de sus consumidores. Estamos ante un modelo jurídico represivo, en el que todo lo relacionado con la droga se trata bajo el prisma de un delito, lo que produce, entre otras cosas y además de la mencionada criminalización y estigmatización de sus usuarios, la creación de un mercado negro cada vez más potente... la creación, ampliación y especialización de cuerpos policiales y burocráticos... se habrá construido, en fin, un poderoso sistema de control social, con facetas formales e informales, basado en la figura del drogadicto como chivo expiatorio”⁶⁰.

En nuestras sociedades actuales, las drogas se han transformado de ser en apariencia flores o plantas, o más aun, fórmulas químicas, a ser mercancías cargadas de significado. Ser consumidor de alguna droga es ser consumidor –en cierta forma- de un estilo de vida, debido a que en el campo de la droga se promueven relaciones, estrategias y representaciones que son fábrica de un modo de ser. Con tal argumento coincido con Emilio Lamo (1993) en que el sentido de droga es –hoy por hoy- más bien un estigma que una sustancia. Así, en nuestra

⁶⁰ Romaní, O. (1997: 44)

sociedad, el tabaco, el alcohol y la medicina de patente –siendo todas ellas sustancias en el sentido mismo que proponía en 1974 la OMS- no tienen la misma connotación de desprestigio social y cultural como los derivados del *papaver somniferum*. De este modo, el fenómeno del consumo de drogas, centrándose más en aspectos culturales u opciones de vida –anecdóticos- pueden considerarse, pero en estos puntos de vista pierden validez y no son correctos cuando omiten hablar de consecuencias o de efectos sociales; en esta propuesta etnográfica pretendo no desvincular estos elementos de análisis.

Con todo lo anterior, al parecer la droga es más lo que se cree que es, que aquello que realmente es. El cerrar los ojos al tema y olvidar que forman parte de nuestra cultura, las coloca en un submundo: “el mundo de las drogas”. Al respecto Lamo nos dice que la droga es “un miedo colectivo que tiene efectos, en parte reales, en parte imaginarios”⁶¹.

La OMS define drogadicción como:

“El estado psicológico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación”. (Kramer i cameron: 1975)⁶²

⁶¹ Lamo, Emilio (1993:93)

⁶² Citado en: Pallares i Gomez, Joan (*op. cit.*)

En esta definición propuesta por la OMS es notable la ausencia de un enfoque que nos permita indagar más allá de un mero acontecimiento que al parecer raya en la individualización de un hecho social. En ella se reduce a X comportamientos, impulsos y efectos químicos del cerebro la práctica del uso de drogas, una práctica que representa una de las mayores preocupaciones en la agenda pública; es decir, se presenta al individuo como el único afectado responsable de su condición y quien a través de los impulsos lleva una carrera al parecer sin fin.

Parto de la premisa de que el modelo médico hegemónico que prima en el tratamiento de las adicciones, tiende a desocializar lo individual y a individualizar lo social⁶³ (como ya se demostrará en el capítulo 4 relativo al modelo del CHMCNM) de manera que dificulta la comprensión del uso social de las drogas como tal. Por esta razón, el paradigma médico hegemónico, tiende a posicionar al adicto como un enfermo atribuyéndole conductas desviadas en aras de un deterioro biológico que es reconocido como locura por el psicoanálisis, se muestren o no cuadros paranoides, psicopáticos o esquizoides; de ahí que se desgaje la psiquiatrización de la vida social tal como Menéndez⁶⁴ lo señala, particularmente y en este caso, de una práctica social como lo es el uso de drogas.

⁶³ Nateras y Nateras (1994)

⁶⁴ Menéndez, Eduardo (1979) *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.

Los criterios establecidos para la dependencia a una sustancia según el manual de psicodiagnóstico DMS-IV, de la Asociación Americana de Psiquiatría son los siguientes:

Patrón mal adaptado de abuso de una sustancia que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico, siempre que se manifiesten tres o más de los aspectos abajo expuestos en cualquier momento, dentro de un periodo de doce meses:

1.- Tolerancia definida en cualquiera de los siguientes términos:

- a) Necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) Efecto marcadamente menor con el uso continuado de la misma cantidad de una sustancia.

2.- Abstinencia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

- a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
- b) Consumo de una sustancia (o, en su defecto, otra de la misma clase) a fin de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3.- Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante periodos de tiempo más largos de los pretendidos inicialmente.

4.- Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia.

5.- Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., acudir a muchos médicos o conducir largas distancias), su consumo (p. ej., fumar encadenadamente) o la recuperación de sus efectos.

6.- Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativo derivadas del uso de la sustancia.

7.- Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado o exacerbado por la sustancia (p. ej., el consumo habitual de cocaína, independientemente de saber que produce depresiones, o el consumo continuado de bebidas alcohólicas, a pesar de saber que ello empeora una úlcera).

Se diagnosticará abuso de una sustancia con dependencia fisiológica si hay pruebas que demuestren la existencia de tolerancia o abstinencia.

Se diagnosticará abuso de una sustancia sin dependencia fisiológica si no hay pruebas de la existencia de tolerancia o de abstinencia.⁶⁵

Como es de notarse, los argumentos operan desde una óptica que podemos nombrar cáusticamente como “farmacología de las maneras de hacer” sin afán de disertar sobre nociones surrealistas. Pues la explicación parece dotar a los comportamientos que ya he nombrado “maneras de hacer” o prácticas, de una respuesta fisiológica o neurobiológica regida sobretudo por la tolerancia y la abstinencia como perversas emperatrices. Así, la dependencia supondría un evento que marca en dado momento el apogeo de una adicción concebida como tal desde el modelo médico hegemónico. En la instrumentación de dicho modelo se sigue una línea asistencial donde el discurso no ha sido coherente con lo que enuncia, pues en su haber, las categorías empleadas (drogadicto, fármaco dependiente, adicción, etc.) imponen condiciones subjetivas⁶⁶ de los actores sociales que se ven inmersos en tal acontecer.

⁶⁵ American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

⁶⁶ Por las cuales entiendo la propia opinión de los sujetos involucrados sobre ellos mismos y su percepción de los otros y el mundo.

Drogadicción es un término muy vinculado al modelo médico hegemónico y que tiene lugar sobretudo en el discurso psiquiátrico/psicológico. Aun dentro de estas disciplinas se hacen intentos por recuperar esa parte social que rige el acto comunicativo y que implica una apropiación y decodificación de significados, como es también el caso del uso de heroína, sin embargo, se requiere de un esfuerzo multidisciplinario en donde las ciencias sociales formen parte en el abordaje de las adicciones.

El paradigma sociocultural para el abordaje de las adicciones aporta una definición de drogadicción en donde interviene una tercera categoría que trasciende a las dos primeras, al sujeto y a la sustancia misma: el contexto, es la definición propuesta por Romaní que postula que la drogadicción:

“Consistiría en un conjunto de precios en los que se interrelacionan de forma compleja un individuo, una sustancia y su contexto sociocultural. A través suyo se expresarían ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener diversas causas, pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, mas bien compulsivo de determinadas drogas”.⁶⁷

Rescatando la parte social en esta categoría, vemos que la drogadicción desemboca en una serie de eventos y patrones que caracterizan a determinado grupo social, en este caso los heroinómanos de Hermosillo, cuya organización de la vida cotidiana está regulada por una manera particular de ver el mundo, por

⁶⁷ Romaní, Oriol (*Op. Cit.*)

patrones de adscripción, por prácticas y representaciones que dan sentido a los procesos sociales en que se ven inmersos. En donde intervienen diversos actores además del propio usuario de drogas tales como el médico, los familiares, los amigos, la pareja si se la tiene, etcétera.

Romaní menciona que el uso de drogas ha sido una práctica universal que tiene lugar en la organización de la vida cotidiana; un ejemplo de ello es la automedicación, sabemos que está ampliamente documentado el uso de la herbolaria en el contexto de la autoatención, así como la ingesta de medicamento sin prescripción médica; la presencia de un intermediario implicado en la cura del padecimiento como el chamán, el curandero o el médico y la existencia de espacios especializados para la atención como hospitales, son también elementos que intervienen en la organización derivada del uso de drogas⁶⁸.

La automedicación es un término que define y hace referencia del uso social de drogas, va a la par de la rutina de un drogodependiente, y este la utiliza como una herramienta de supervivencia. En este caso no pretendo emitir un juicio de valor sobre esta práctica de autoatención pues como dice Menéndez, conviene considerarla “no como un hecho negativo o positivo en sí, sino como parte de un fenómeno más inclusivo (...) y al cual considero como estructural a todo sistema social”⁶⁹; un hecho que permite por sí mismo un tratamiento autónomo en el sujeto.

⁶⁸ Romaní, O. (*Ibid*, 47)

⁶⁹ Menéndez, E. (1990: 165)

Romaní nos dice que:

“Las drogas han sido y continúan siendo en muchas sociedades, componentes importantes de los procesos de automedicación y autoatención, ya sea como remedios empíricos, como elementos simbólicos, o como ambas cosas a la vez. E incluso en las sociedades urbano-industriales contemporáneas en que el “problema de la droga”, y por lo tanto, la “droga” como tal ha adquirido una entidad muy específica, desconocida antes... podemos encontrarnos con muchos casos de consumos de drogas –por lo menos en ciertas fases de los mismos- que desde luego responden a su función de automedicación...”⁷⁰

Con base en el argumento anterior, haré mención de una dimensión referente a la relación entre un sujeto y una sustancia: uso social de drogas, apelando al hecho de que cada concepto tiene su propia historia y que ello contribuye a las imágenes culturales o representaciones en función de los procesos sociales constituyentes del propio sujeto. Uso social de drogas es un término que opera en un nivel abstracto como lo es la rutina o el itinerario de un usuario de drogas, un concepto que emana desde un discurso sociológico, mientras que drogadicción representa un discurso medicalista y compete a una determinante que desemboca en el mero instrumentalismo que trae como consecuencia un reduccionismo donde la subjetividad de aquellos individuos involucrados no tiene cabida.

Para Nateras y Nateras (1994) este concepto surge como una necesidad para reformular lo social en el uso de drogas, al respecto nos comentan que:

⁷⁰ Romaní, O. (*Op. Cit*, p. 54)

“...Al referirnos y definir el uso social de drogas no aludimos a la tipificación clásica en grados de farmacodependencia y tipos de usuarios, a saber: el experimentador, el social, el funcional y disfuncional, sino fundamentalmente al hecho de que un sujeto, al consumir alguna(s) droga(s) edifica procesos sociales. En este proceso social se da un acto comunicativo que implica apropiación y decodificación de signos y significados... Así, el uso social de drogas se construye socialmente a través de las diversas prácticas y los usos de sus actores. La propuesta es recuperar los sentidos de las distintas prácticas en el uso social de drogas.”⁷¹

Este concepto se asemeja al concepto de itinerario terapéutico solo que ha sido más específico al referirse llanamente al uso de drogas en el ámbito social, dentro de su respectiva dinámica con sus respectivas expresiones y manifestaciones.

Hasta aquí he revisado los principales conceptos con los cuales podemos abordar la problemática del uso de drogas en un contexto sociocultural. A través de estos argumentos presentados considero pertinente pasar a la siguiente fase que refiere la interpretación y el análisis de los datos obtenidos en campo.

⁷¹ Nateras y Nateras (Op. Cit.: 122)

Capítulo 3. La calle y la actividad.

La heroína en Hermosillo, Sonora

Frente a una sociedad bulímica, que deshecha como una práctica antropoemica a sus infractores - tal como ha sido narrado por Levi-Strauss en “Un vasito de ron”⁷², no resta más que para ser discretos condenar al absoluto olvido a aquellos catalogados como desviados. De esta manera, los usuarios de heroína en Hermosillo - por cierto una sustancia con un estatus legal nada favorable - han creado a pesar del constante peligro que representa ser *tecato*⁷³, espacios de convivencia conformados por patrones establecidos desde la clandestinidad en torno al hábito de consumir heroína.

Como ya mencioné anteriormente, en las estadísticas de Hermosillo el número de usuarios de heroína no es tan significativo si se compara con el número de usuarios de crystal o cocaína; sin embargo, se argumenta que la heroína ocupa el cuarto lugar como droga de impacto en la población después del crystal, la cocaína y el alcohol respectivamente, mientras que a escala estatal ocupa el

⁷² A propósito de la antropofagia: “... Debemos persuadirnos de que si un observador de una sociedad diferente considera ciertos usos que no son propios, se le aparecerían con la misma naturaleza que la antropofagia que nos parece extraña a la noción de civilización. Pienso en nuestras costumbres judiciales y penitenciarias. Estudiándolas desde afuera uno está tentado a oponer dos tipos de sociedades: las que practican la antropofagia, es decir, que ven en la absorción de ciertos individuos de fuerzas temibles el único medio de neutralizarlas y aun de aprovecharlas, y las que como la nuestra, adoptan lo que se podría llama antropoemia (del griego *emeín*, vomitar). Ubicadas ante el mismo problema han elegido la solución inversa que consiste en expulsar a esos seres temibles fuera del cuerpo social manteniéndolos temporaria o definitivamente aislados, sin contacto con la humanidad, en establecimientos destinados a ese uso. Esta costumbre inspiraría profundo horror a la mayor parte de las sociedades que llamamos primitivas; nos verían con la misma barbarie que nosotros estaríamos tentados de imputarles en razón de sus costumbres asimétricas”. Levi-Strauss (1970:389-390)

⁷³ En gran parte de los países de habla hispana, la palabra *Tecato* se utiliza tanto como sustantivo (drogadicto), como adjetivo (drogado) para designar al usuario de drogas. En Sonora se ha adoptado este vocablo para designar específicamente al usuario de drogas intravenosas.

tercer lugar después del crystal y la cocaína⁷⁴. Esto en lo que se refiere a la numeralia proporcionada desde instituciones interventoras de la salud, abocadas al tratamiento de adicciones.

El SISVEA integra un informe a partir de los datos proporcionados en las distintas ciudades SISVEA (Agua Prieta, Nogales y Hermosillo) a través de instituciones como CHMCNM y Posada del Buen Samaritano en Hermosillo, así como CRREDA, AMAARE A.C. y Unidad de Desintoxicación “Agua Prieta” de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Agua Prieta; así como en Nogales a través de la Unidad de Desintoxicación “Nogales” de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Asociación Médica Contra la Adicción (AMCA) y Profesionales Contra la Adicción (PCA) Los datos recopilados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones 2004 para el Estado de Sonora arrojan los siguientes números:

Droga de mayor impacto en el Estado de Sonora según datos del SISVEA 2004. N=1202		
Droga	Usuarios	%
Crystal	324	27.0
Cocaína	230	19.1
Heroína	190	15.8
Alcohol	177	14.7
Crack	126	10.5

Cuadro 5. Droga de mayor impacto en el Estado de Sonora. SISVEA 2004.

En el ámbito local, el SISVEA presenta como muestra para Hermosillo un total de 675 individuos detectados como usuarios de drogas de los cuales el 5.6% reportan

⁷⁴ SISVEA. *Informe de resultados 2004*. Estado de Sonora, México. SSA.

como droga de impacto la heroína. Esto significa que solo 12 individuos usuarios de heroína fueron notificados a través de este sistema durante el 2004, y si solo existen en Hermosillo dos instituciones participantes en la recopilación de datos del SISVEA, significa que el CHMCNM –una de ellas- en el mejor de los casos reportaría al menos 6 individuos. Enseguida presento un cuadro que detalla los cálculos tal cual llevados a cabo por el SISVEA durante ese año:

Droga de impacto en Hermosillo, Sonora según datos del SISVEA 2004. N=675	
Crystal	47%
Alcohol	17.6%
Cocaína	15.3%
Heroína	5.6%

Cuadro 6. Droga de impacto en Hermosillo, Sonora según datos del SISVEA 2005.

La cifra parece no ser muy alarmante, sin embargo lo que representa nos conduce a reflexionar sobre lo que sucede con una sustancia constituyente de un estilo de vida particular además de derivar en incidentes que requieren de “urgencia” al involucrar un eminente riesgo debido a las implicaciones que conlleva el suministro por vía intravenosa y sobretodo el propio clandestinaje propiciado por el estigma.

¿En busca de un perfil?

Cada grupo de usuarios de cualquier droga tiene sus propias dinámicas y expresiones derivadas de ellas. Si pretendemos hablar de un perfil del heroinómano, que nos muestre un tipo ideal y definitorio más allá de las

características propias de cualquier usuario de drogas en un contexto de clandestinaje –léase usuarios de cocaína, crystal u otra variable de metanfetamina, psicotrópicos, etc.- nos encontramos que existen particularidades e itinerarios propios entre los usuarios de heroína que muestran carreras disimiles y que establecen diferencias entre ellos incluso fuera del contexto de la heroína. De tal manera, no ha sido posible establecer un perfil que determine quiénes son o quiénes no son usuarios de heroína, o bien de cualquier otra droga. No obstante, he intentado marcar patrones distintivos en grupos con los que pude establecer un acercamiento, y con lo cual pude realizar una caracterización aproximada de esta población oculta en su conjunto, a través de sus experiencias en el uso de heroína. Sin embargo, cabe reiterar que existen imágenes y estereotipos, es decir una imagen de sí mismo, que los mismos miembros del grupo emiten sobre sí y que pudieran en dado caso marcarnos un rumbo frente a la necesidad de imaginar a este conjunto:

“(El *tecato* es...) como *Don Ramón* el del *Chavo del Ocho*... o sea delgado... En los ojos, en todo, de volada te das cuenta... la forma de caminar, el cuerpo en sí... lo ves y dices: este *bato* es *tecato*; todos caminan con los brazos caídos... *Don Ramón* es la descripción que te doy... ya cuando andas fondeando bien *malilla*, así andas... un pantalón todo deslavado, unos zapatitos acá, bien *tiradito a la milonga*...”

Oscar 25 años

“Yo conozco unos batos que no son *placosos*, pero si hay muchos *batos* que se *tiran a la milonga* porque vienen de otras partes, de otras ciudades... y si hay de esos con la misma ropa, todos sucios, si hay... pero hay muchos que andan... bien vestidos, aseados, hay de todo...”

Pato 28 años

El primer grupo con el que trabajé esta parte de mi investigación está constituido por 25 individuos cuyas características compartidas estriban en las implicaciones que conlleva la búsqueda de heroína por lo que se desenvuelven en ambientes propiciados sobre todo por el clandestinaje, entre otros eventos que veremos con más detalle en el transcurso de esta redacción. A su vez, he diseccionado a este conjunto en tres subgrupos debido a la heterogeneidad de los referentes de itinerarios que distingue a cada uno del otro.

1. Usuario parcial o esporádico.	2.- Usuario consuetudinario con red asistencial.	3.- Usuario consuetudinario sin red asistencial.
<p>Usuario de heroína parcial o esporádico. Son aquellos que consumen por tiempos limitados. Este tipo de usuario de heroína concuerda con lo que algunos epidemiólogos de las adicciones llaman "usuario funcional". Son aquellos que no han "tocado fondo", ni se han visto envueltos en prácticas de riesgo. El consumo está caracterizado por un uso recreativo más que necesario propiamente hablando, y en general, se desenvuelven en contextos de no consumidores</p>	<p>Usuario consuetudinario de heroína con red asistencial: con itinerario terapéutico marcado por una "crisis" o "fondeo". Aquellos que cuentan con una red asistencial respaldada sobretodo por las madres o esposas e intervenidos de manera constante por los sistemas de salud que les permite mantener una identidad funcional, pero que cada vez está más amenazada por sus experiencias de abuso. Son aquellos que se encuentran en una fase liminal interpuesta por la "entrega total" o el abandono del hábito.</p>	<p>Usuario consuetudinario sin red asistencial. Sus dinámicas de vida están determinadas por el consumo. Es el "<i>Tecato</i> de tiempo completo". No cuentan con una red asistencial. Se desenvuelven a través de una rutina de búsqueda constante. Regularmente son sujetos que presentan trayectorias prolongadas de consumo de heroína.</p>

Redes asistenciales

La red asistencial estará compuesta principalmente por familiares cercanos en donde la madre o esposa son acompañantes durante el proceso adictivo. Estamos hablando de una red asistencial o de apoyo constituida por la familia y obviamente por un cuerpo médico en el acceso a los sistemas de salud. Por el lado de la familia, esta actúa como soporte ya sea directa o indirectamente, por ejemplo consintiendo el desfalco que propicia un hijo o esposo usuario de heroína o bien como apoyo en momento de crisis. Con relación a lo anterior Ravazzola comenta que:

“Debido a las formas en que la socialización entrena a las mujeres para convertirlas en madres incondicionales, algunos de sus pensamientos y conductas coadyuvan en cierta manera, para mantener el ciclo de abuso que ellas y sus compañeros varones (hijos, esposos) están tratando de romper.”⁷⁵

Sobre este punto, la voz de mis informantes:

“Afortunadamente yo he tocado fondo en lo que a consumo se trata, pero nunca me he tirado a la milonga en no bañarme, no cambiarme, será que también tengo el apoyo de mi familia que no me deja morir...”

Rafa 32 años

“A mi mamá le robaba un chingo, vendía joyería ¡Imagínate!, tenía... estuches llenos de joyería, ahí nada más me la llevaba... se descuidaba y le ganaba algo... iba y lo vendía... con mi esposa,

⁷⁵ Ravazzola, Ma. Cristina (1997) *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Barcelona: Paidós.

broncas... por el lado de la justicia tuve broncas, pero... siempre me sacan, son codependientes... o sea, tengo una bronca y me sacan... cualquier problema... ahí va mi *amá*...”

Oscar 25 años

En el *continuum rush-craving* se expresa una visión del mundo que se reduce a la “crisis”, donde el usuario de heroína requiere de una pronta solución como lo sería una aplicación de la dosis requerida o bien una relativa larga recuperación para “curarse” del maleficio de la abstinencia. Sin embargo, al elegir la primera opción - la pronta solución- el usuario de heroína decide continuar con aquellas prácticas que le solventan su hábito: el chantaje, el robo, el engaño, y la red asistencial comienza a dejar de brindar apoyo hasta que el UPE⁷⁶ termina siendo un UCSRA⁷⁷. Son los subgrupos 1 y 2 quienes cuentan con una red asistencial que les permite en dado caso poder permanecer a través de un sistema de abstinencia / recaída – sobre el cual profundizaré en el capítulo cuatro- en el consumo de heroína por tiempo indefinido.

Suponiendo que la urgencia es latente en cuanto a la intervención dada al heroinómano, debemos tomar en cuenta que la conceptualización de la *malilla* deriva de aquello que es considerado como perjudicial o negativo para una persona impuesta a una sustancia como la heroína. Para el heroinómano, lo que está bien es continuar “dándose caña” y no por necesidad, sino porque ha configurado su vida de manera que prima la heroína sobre todas las demás cosas y es en ello donde el usuario deposita sus emociones, fracasos y desalientos.

⁷⁶ UPE: Usuario Parcial o Esporádico.

⁷⁷ UCSRA: Usuario Consuetudinario Sin Red Asistencial.

Actores y repertorios

A continuación presento un cuadro que detalla las variables empleadas en el análisis de la muestra:

Cuadro 8. Usuarios de heroína según edad, condición social y ocupación.

Nombre	Edad	Condición social ⁷⁸	Ocupación ⁷⁹
Beto	41	UCSRA	SAR
Ángel	36	UCSRA	SAR
Bruma	34	UCSRA	SAR
Pío	39	UCSRA	SAR
Moisés	35	UCSRA	ASR
Javi	45	UCSRA	ASR
Jano	40	UCSRA	SAR
Meño	27	UCSRA	ASR
Chito	24	UCCRA ⁸⁰	ASR
Ñengo	24	UCCRA	SAR
Araña	35	UCSRA	SAR
Uriel	43	UCSRA	AM
Paco	23	UCCRA	AM
Huilo	24	UCCRA	AM
Ñora	37	UCCRA	AM
Bayo	34	UCSRA	SAR
Jarocho	28	UCCRA	SAR
Pelón	40	UCCRA	SAR
Tereso	47	UCCRA	AM
Abogado	44	UCCRA	ASR
Juan	22	UPE	ASR
Simón	26	UPE	ASR
Pato	28	UCCRA	SAR
Fermín	43	UCSRA	SAR
Fito	25	UCCRA	ASR

⁷⁸ La condición social estará determinada por el grado de consumo –y no estrictamente por la variable ocupacional- dependiendo de tipo de usuario según la tipificación anterior.

⁷⁹ En el siguiente cuadro se detallan las actividades correspondientes a la variable ocupación.

⁸⁰ Usuario Consuetudinario Con Red Asistencial.

Enseguida un resumen del cuadro anterior que nos muestra el cruce de las variables condición social y ocupación según tipo de actividad.

Condición social	Usuarios de heroína	SAR ⁸¹ (sin actividad reconocida)	AM ⁸² (Actividad marginal)	ASR ⁸³ (Actividad socialmente reconocida)
UCSRA (Usuario Consuetudinario Sin Red Asistencial)	12	7	1	4
UCCRA (Usuario Consuetudinario Con Red Asistencial)	11	4	4	3
UPE (Usuarios Parciales o Esporádicos)	2	0	0	2
Total	25	11	5	9

Cuadro 9. Cruce de variables Condición social y ocupación.

Sobre la estabilidad financiera, la gran mayoría pide prestado mientras consigue algo que pueda intercambiar o vender como neumáticos y baterías de coches, celulares, tarjetas telefónicas con saldo menor de \$30, shampoos, cremas, rasuradores, jabones, herramientas, macetas, etc. Los trabajos que realizan aquellos que tienen alguna fuente de ingresos son los siguientes: albañilería, mecánica, herrería, plomería, conserjería. Cuando los familiares brindan apoyo se puede encontrar a aquellos que trabajan en el negocio familiar ya sea la venta de *hot dogs* o de cuidadores de casas-habitaciones.

⁸¹ Actividades no referidas por el informante. Actividades no identificadas.

⁸² Actividades relacionadas con el tráfico de drogas, robo y otras actividades ilícitas.

⁸³ Actividad socialmente reconocida: oficios, labores técnicas, estudiantes, etc.

Factores determinantes en la dinámica del consumo de heroína.

Precio (2004)	Cantidad	Consumidores con más de un año habituados
\$ 50	100 mg	
\$ 600	1 gr	1 gr. > al día
\$ 5,000	10 gr	



Dinámica que se genera

Robo
Soborno
Extorsión
Abuso de confianza

En la cuestión laboral, es recurrente escuchar por parte de ellos mismos que los empleos que exigen una jornada completa de trabajo no son viables, pues el tiempo que se dedica a la búsqueda de heroína es impredecible y en muchas ocasiones requiere de una inversión de tiempo muy amplia que no se dedicaría a otra labor que no sea la búsqueda.

“Mi ramo es la peluquería... y dos... tres veces he tenido problemas por ir drogado... y pues no puedo hacer nada, no podía ir a trabajar si no iba drogado, y había veces que se iba la mano con la droga, con las dosis, y como yo tengo mucho contacto con la gente se notaba, y entonces el patrón me decía: ¡aliviánate!... mejor me salía...”

Rafa 32 años

Los usuarios de heroína consuetudinarios prefieren no laborar y vivir de la ayuda de los transeúntes; y los que deciden emplearse, tarde o temprano se enfrentan a

problemas laborales que terminan con el despido. Solo uno de los informantes de esa primera fase de trabajo argumentó estudiar una carrera en este periodo escolar 2005. Mas adelante detallaré los itinerarios de cada grupo de usuarios a través de una presentación general de cada sujeto no necesariamente representante de cada subgrupo pero si perteneciente a él según el manejo de las categorías que presento.

Dejar la heroína “todos los días”

El constante movimiento que se genera alrededor de esta práctica, propicia que continuamente haya entradas y salidas en la dinámica de consumo por parte de los propios usuarios. Estas entradas y salidas tienen relación directa con los procesos de salud-enfermedad-atención o bien con otros de índole legal o social - por ejemplo aquellos relacionados con el ámbito familiar -, incluso con procesos de reorganización del narcotráfico.

En el capítulo 4 hablaré del sistema de entradas y salidas en el proceso asistencial y haré referencia de los itinerarios terapéuticos que considero estrechamente relacionados con un contexto determinado por procesos culturales. Es menester en este apartado referir aquellos de índole legal en donde el consumo se ve interrumpido por un requerimiento judicial, ya sea por la indagatoria de un delito, un arraigo o aprehensión que va de 74 horas y/o más en caso de hallar culpabilidad derivada de la pesquisa donde el acusado padece las primeras horas de un síndrome de abstinencia tras las rejas; en ambos casos sin seguimiento terapéutico o asistencial.

Tal es el caso de Pío, quien estuvo recluido en el penal por cinco meses por el delito de lesiones a un cuerpo de seguridad de un reconocido centro comercial. Pío hace referencia de haber estado en alguna ocasión en la cárcel por delito de robo y lesiones, y comenta sus vivencias dentro del reclusorio y su proceso de “dejar la heroína” en el encierro.

“ ...Hubieras visto el *malillón* que me pegó... y luego encerrado, pues ¿qué más haces?... me tomaba unas cuatro, cinco, seis *rivotriles* cada día para que se me quitara la *malilla* y ni así... como al mes empecé a dormir bien... tuve que jurarle a San Judas Tadeo que ya no le iba a poner a esta madre... y lo primero que hice... en vez de buscarme una *ruca* fue venir a buscarla...”

Pío 39 años

“Solo una vez he caído (a la cárcel) bien prendido de la chiva... estando encerrado no te queda de otra más que levantarte... y te tienes que alivianar porque si te tiras al suelo por ahí pasa luego todo el ganado y les vale madre si andas *malilla*... te escupen, te orinan... así a *huevo* que te levantas...”

Pato 28 años

El caso de Luciano es diferente, pues tratándose de un joven de 16 años, la Procuraduría General de Justicia del Estado expide oficio con atención al CHMCNM refiriendo la “manifestación de la adicción” que el joven presenta y solicitando el “tratamiento necesario” para él. De esta manera, Luciano se resguarda de la heroína pero sobretodo de una condena inmutable por el agravante de robo.

Como ya mencioné, la familia -considerada fundamental en el modelo recuperador- opera a través de un factor de rechazo hacia la adicción del familiar involucrado en el uso de heroína. Regularmente, es la madre o esposa la que impone condiciones al usuario de heroína que presenta abuso en su consumo. Desde el discurso medicalista, a este proceso se le llama “factor de protección”, sin embargo, las condiciones impuestas por la familia, casi siempre son desatendidas y terminan teniendo un efecto inverso como el siguiente caso que presento.

“ ... (mi madre) siempre me ha apoyado, desde la primera vez que me interné me dijo: esta es... la última vez que yo te interno; y cada vez que me interno me dice lo mismo... ella se dio cuenta... me llevó una vez con un médico para que me asustara con unos análisis... hizo un diagnóstico de que tenía hepatitis C, pero eran puras mentiras... yo reaccioné: ¡Tengo hepatitis C!... pero en lugar de asustarme empecé a consumir más y más... ¡Me voy a morir!, decía... y seguía consumiendo más... fue cuando empecé a caer en los anexos, ahí... ya me llevaban a huevo”.

Oscar 25 años

El riesgo inevitable

El rasgo que distingue a los usuarios de heroína de los demás usuarios de drogas, es el síndrome de abstinencia; ser consumidor de heroína es sobrellevar un estilo de vida regido por la presencia de la droga; cuando la heroína falta –aspecto notorio al haber solo unos pocos vendedores en la ciudad- el grupo entra en crisis manifestándose en cada miembro a través de los aspectos subjetivos del síndrome de abstinencia. Esto surge en ocasiones a raíz de procesos de reacomodo de vendedores que trascienden incluso ámbitos locales.

En seis meses un consumidor de heroína puede considerarse “impotente” ante la sustancia y presentar un cuadro de abstinencia agudo en un periodo de tiempo no muy prolongado después de su última dosis. Esta serie de manifestaciones derivadas de la abstención de heroína es conocida como *malilla*. La *malilla* representa una especie de tormento, indeseable para el *tecató* quien por la constante lucha contra ella, se ve impulsado en su búsqueda a cometer atracos incluso a personas de su mayor confianza –como familiares-, así como otras acciones que resultan inauditas.

A continuación la voz de mis informantes:



“El heroínómano está catalogado como de lo peorcito, pierde dignidad a causa de eso... de hecho me ha tocado ver batos que van y venden a sus esposas por una cura, nunca ha sido mi caso ese, y ni quisiera, la verdad... ha habido casos muy extremos, extremos...”

Rafa 32 años

“Dejar la heroína está bien *cabrón*... tu cerebro ya lo tiene... has de cuenta que tomas una foto y el cerebro ya tiene la foto, ves en la televisión una jeringa y ¡pum!, todo te empieza a dar vueltas en la cabeza... se viene toda la psicosis, empiezas a sentir el estomago revuelto, dolor en la espalda... empiezas a sentir *malilla*. Yo siento *malilla* aunque tenga un mes sin consumir, y veo una jeringa... o voy pasando por la farmacia y veo la *insulina*, o que sale en la televisión un comercial, cualquier *mamada* que se relacione, en la cocina o en el baño y un olor que te recuerde, empieza la psicosis, y vuelves, es que es muy fuerte, te jala...”

Oscar 25 años

“Primero sí era *curado*, porque sí me ponía a gusto, bien *relax* y todo... pero ya después me di cuenta... si no la consumo ya no puedo caminar... si no me curo no puedo hacer nada, y llegué hasta ese momento y me ponía a pensar bien *malilla*... y me empecé a asustar, pero seguía y seguía porque así tenía que ser, el cuerpo me lo pedía... Es un *chingo* de ansiedad... me entraba la psicosis, el pánico, miedo de que iba a llegar la hora... no te quieres ni levantar de la cama, no quieres oír hablar a nadie, te hablan y te enojas, es un *malillón*, eso es a lo que le tengo más miedo... dos días antes de entrar aquí, andaba bien *malilla*, se había muerto mi abuelo, bien *malilla* estaba en el entierro y decía: ¡Qué loco; están enterrando a mi abuelo y ahorita estoy pensando en como hacerle para conseguir una *cura*... imagínate, estaba viendo a mi abuelo muerto y yo nada más pensando en como conseguir la otra dosis...”

Oscar 25 años

“Allá en el anexo como no te alivianan con la *malilla*, ahí te la tienes que *rifar* solo... nada más veía como los más *malillas* se tasajeaban las venas de la desesperación... otros nada más veía como pegaban unos saltotes de la cama... yo no iba tan prendido, sino ¡imagínate!... así me hubiera ido...”

Pato 28 años

“Dejar la heroína” implica, en la mayoría de los casos, un agravamiento de la situación de los *tecatos* que “suele” llevarlos a experimentar una crisis que los orilla a tomar la decisión de tajarse con la rutina. Esta crisis es conocida como *fondeo*, y entre las causas que la generan están: la “*malilla*” o síndrome de abstinencia, problemas familiares, pérdidas materiales, falta de dinero, enfermedad como hepatitis, endocarditis, VIH-SIDA, etc., pérdida de trabajo y de redes sociales: desempleo, pérdida de amistades, etc. Todas ellas relacionadas directamente con la dinámica de consumo.

El *fondeo* es algo subsecuente de la *malilla*, sin embargo, esta permanece en un nivel físico y el *fondeo* es aquello que va a la par del proceso adictivo y que se manifiesta en la dinámica de búsqueda y uso compulsivo de la sustancia. El *fondeo* tiene más que ver con una apropiación del entorno por parte del *tecató*, de manera que cualquier cosa puede ser un vínculo con la heroína en esa fatua búsqueda desesperada. Las manifestaciones que muestra el usuario de heroína durante el *fondeo*, tienen que ver con manifestaciones obsesivas, corporales, deterioro físico, además de prácticas de riesgo y otras donde el *tecató* es expropiado por la heroína. Algunas de estas manifestaciones quedan detalladas en el siguiente bloque:



“Necesité pedir ayuda en el momento cuando ya andaba pidiendo un peso o dos, o que dormía en casas abandonadas, cuando me quedaba tirado, me levantaba en la mañana y decía: tengo casa con mi mamá, con mi esposa, con mis tíos y estoy tirado aquí... ya que andaba fondeando, que andaba unas dos semanas con la misma ropa y andaba pidiendo un peso con un galón de gasolina... empiezas a pensar en todo... si hubiera andado bien... la casa ya estuviera pintadita, el frente bien limpiecito, jugara con mi niño todo los días, y recuerdo cuando el niño me hablaba y me enojaba y le pegaba una nalgada, o sea, actúas de otra manera, como que no eres tu... no haces cosas que debes hacer, no haces nada... porque nada más vives para consumir...”

Oscar 25 años

“Me acuerdo que llegaba yo donde estaba la *chamoltrufia*... estaba llorando diciendo: ¡por favor diosito, ayúdame a encontrarme la vena!... toda picada, todo el brazo... me *agüitaba* yo cuando la veía llorar, implorándole a dios que le hiciera el favor para encontrase la vena... decía: al rato voy a andar así yo... Los *tecatos* que andan *fondeando* luego andan como la *chamoltrufia*... todos *piratas tiraditos a la milonga*... seguramente la has visto pidiendo dinero en los camiones... ya la gente ni le

cree, es el mismo cuento... pon tu que sea verdad que tiene tres hijos valiendo madre... pero ¿tu crees?... ya con la feria se le olvida... así es tocar fondo... no te importan tus hijos, no te importa tu jefecita... y puro *vaquetón*, todo pa' la vena..."

Pato 28 años

Una labor de tiempo completo

En un día cualquiera, la búsqueda de heroína comienza desde que amanece, es más recurrente sobretodo al salir el sol y por las tardes cuando cae. Fuera de estos horarios, las probabilidades se reducen, el regateo se lleva a cabo por cuenta de cada quien y no todos tienen asegurado su "conecte". Esto obedece a la comodidad y seguridad del vendedor; se busca la hora menos transcurrida donde el intercambio puede ser más seguro y sin la faramalla del claudestinjaje. El sistema de búsqueda conlleva una red de usuarios a merced de un intermediario, o bien el vínculo directo con un "bueno", situación no menos usual.

Los puntos de venta cambian constantemente en toda la ciudad, sobretodo cuando se "calienta el terreno", esto sucede cuando es evidente y muy recurrente el intercambio de heroína; sin embargo, obedece a ciertos factores que a continuación explico.

Cuando un vendedor de heroína es un intermediario, es decir, alguien que también es consumidor, es muy probable que no atienda como debiera de ser el negocio de la venta o distribución, pues la mayoría de las veces lo hace desde su casa donde la madre refiere argumentos que para un *tecató* no tienen sentido, como

por ejemplo, que se encuentra dormido o que no se encuentra en casa (v.g.) El usuario de heroína insistirá constantemente y expresará su inconformidad con la simple y recurrente presencia que no podría ser desapercibida. Si esto sucede repetidas veces, se dice que “el terreno se ha calentado”. Ello indica que la policía tiene conocimiento de la venta y consumo de heroína en ese lugar.

La gran mayoría de usuarios puede considerarse poliusuarios de drogas; ya que si la situación de abstinencia lo requiere, la automedicación estará dada por la ingesta de otros enervantes, o de medicamento controlado, que entre ellos mismos se prescriben. Los medicamentos más utilizados son el *rivotril*, *royphnol*, *valium*, *darvon*, *taffil*, también la marihuana y el *crystal* aunque este último no sea tan recurrente. Algunos también recomiendan el *sinogan* y en caso de carecer de alguna de estas, el *naproxen* en dosis altas y/o *paracetamol*, estos dos medicamentos que usualmente se encuentran en casa.

“Yo solo me automedico... compro *Darvon*, pastillas para dormir... ya soy hasta doctor, ya me las sé todas... y *simón*... un suero y la *chingada*...”

Rafa 32 años

“Yo cuando quiero cortar me compro en la farmacia unos sueros... y ya con las ruedas me encierro en mi casa a ver la tele... dicen que hay unas que se llaman sinodales (*Sinogan*)... y las venden sin receta...”

Pato 28 años

Tratándose de píldoras de emergencia propiamente hablando, esta ingesta de medicamento o "remedio" tendrá lugar solo mientras se espera el siguiente día de una búsqueda fracasada.

Si algún usuario presenta una sobredosis, la mayoría refiere aplicar una inyección intravenosa de sal diluida con agua y una compresa de hielo sobre los genitales. Es común escuchar entre ellos mismos que no hay nada que hacer cuando se ha agotado el esfuerzo de resucitar a alguien que presenta sobredosis, en estos casos se opta por huir del lugar de los hechos. Sobre este punto, Escohotado (1998:1215) señala que es más fácil fallecer por intoxicación de otra sustancia que se utiliza para rebajar la heroína, por ejemplo, estricnina, quinina, lactosa u otro ingrediente, pues la heroína - que además nunca será tan pura en el mercado negro- por sí misma no produce la muerte, solamente en grandes dosis y en organismos deshabituados. Aun así es común escuchar la noticia de alguien que fallece por "sobredosis".

Al respecto, Escohotado es claro cuando dice:

"En lo que respecta a casos de muerte por sobredosis, debe recordarse que tanto la heroína como la morfina, la codeína y el opio no adulterado producen una depresión respiratoria que conduce a un coma de horas. La inmensa mayoría de los casos actuales –cuyo prototipo es alguien que aparece muerto con la aguja clavada todavía en el brazo, por ejemplo en los servicios de un bar o sala de fiestas- provienen de sucedáneos mucho más fulminantes por esa vía (estricnina, quinina, otros matarratas, etc.) Jamás puede atribuirse a heroína una muerte casi

instantánea o consumada en minutos. Como los forenses prefieren evitarse la autopsia y los jueces no objetan, hoy es sencillo asesinar a cualquier usuario incómodo sin mover a la menor sospecha; el expediente se archivará como *muerte por sobredosis de heroína*".⁸⁴

Yongo o casino. Los picaderos como puntos de encuentro.

La socialización está condicionada por la búsqueda más no por el consumo, pues la heroína, a diferencia de otras drogas, es una sustancia que es mejor aprovechada –en todos los sentidos- si se consume a solas, ya que no conlleva el intercambio de la marihuana o la *caguama*⁸⁵ que se traduce en “rolar”, sobretodo porque a nadie le gusta compartir una sustancia que genera estrés al conseguirla debido al estatus de ilegalidad y de clandestinaje, además de que cuesta dinero que no se obtiene fácilmente teniendo una vida de *tecato*.

El precio de la heroína en las calles constituye uno de los obstáculos para mantener un consumo constante, y por ello también se propicia el *fondeo*, pues debe de contarse con una red de búsqueda sobretodo para “hacer la vaquera”, es decir reunir el dinero suficiente para comprar entre pocos una cantidad generosa. Regularmente, se logra reunir entre cuatro o cinco sujetos cantidades tales que durante un día puedan estarlos *curando*. Al respecto Rafa comenta:

“... Regularmente esa droga se puede usar sola, no es nada fumado, es una droga que te da pa´bajo... no es una droga que se *role*...”

Rafa 32 años.

⁸⁴ Escohotado, A. (1998) *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa

⁸⁵ Nombre local con que se conoce a la cerveza envasada en tamaño familiar.

“La mayoría de los *tecatos* son solitarios. Cada quién anda pensando en su *rollo*, cada quien anda pensando donde *levantar*... casi la mayoría... te diría todos... son solos, y como entras a tiendas, pues ¿cómo va a andar otro contigo?, ya se ve bola... o vas por la calle y te sale la policía... solo es menos *placa*. A mí me gusta andar solo...”

Oscar 25 años

No obstante, un factor propiciado por la sociabilidad entre los *tecatos*, es el intercambio de jeringuillas, que se da entre acompañantes que buscan heroína. Tal intercambio tiene lugar en los *yongos* o “picaderos”, lugares que en su mayoría se encuentran cercanos a los puntos de venta. Estos *yongos* o “picaderos” son sobretodo construcciones abandonadas u “obras negras” que parecen no tener dueño. Son espacios tomados por los usuarios de heroína que sirven de refugio y como lugares donde se hace truke de artefactos por heroína; son sitios donde el heroinómano con frecuencia acude a inyectarse su dosis, o a establecer alianzas, casi siempre con miras a conjuntar esfuerzos y obtener más sustancia; de igual manera el encuentro en los *yongos* propicia el intercambio de experiencias tanto como de jeringas.

“...En el picadero... llegaban unos *morros* bien *malillas* diciendo: -a ver... préstame la *erre*... – desesperados buscaban *insulinas* tiradas... y yo decía: - qué locos estos *batos*, ¿qué les cuesta comprar una *insulina* de tres pesos?... Dos, tres, llegaban y... esperaban a que yo me curara, y agarraban el *cacharro* y lo que le quedara... juntaban dos, tres *cacharros* y así, los lavaban... enjuagaban todos los *cacharros*... yo no llegué a esos extremos...”

Luciano 16 años

“... Cuando recién comencé, compraba la cura o me la compraban y ya que la tenía en la mano decía: ¿qué... voy a hacer si yo no sé picarme?, tenía que ir a un *yongo*, y a veces estaba solo el *yongo*... tenía que esperar a que llegara otro bato para que la *coqueara* y la *levantara*, pero tenía que esperar con la jeringa en la mano para que el bato me *mandara*...”

Oscar 25 años

Obviamente, los *yongos* presentan evidencia de prácticas de inyección inadecuadas, pues es posible encontrar restos de sangre, agua estancada y jeringas usadas a la intemperie; cucharas, filtros con restos de heroína y sangre, colillas de cigarro, latas de aluminio donde se preparan las dosis, basura y excremento.



Algunas otras normas

Para el usuario de heroína prescindir de una *erre* y un *cacharro* es inaudito. Algunos portan consigo sus jeringuillas, otros más prefieren no “cargar bronca” o mejor dicho, no llevar evidencia en dado caso de ser detenidos - acción recurrente y referida por la mayoría- por lo que optan por abandonarlas en el *yongo*, dentro de alguna botella de plástico o en algún resquicio, para después reutilizarlas cuando sea necesario.

Los heroinómanos suelen referirse a la sustancia de muchas maneras, entre las más comunes están: chiva, negra, morena, chocolate. Este argot cambia cuando se hace algún pedido casi siempre vía telefónica: *un litro de pintura vinílica*, o *medio litro*, según se requiera, *un entero*, *un pollo*, *una pizza*, *un queso*, *una*

cachetada; la mayoría atribuye a la heroína de una personificación que representa a la querida, la amante o la esposa, siempre que se declara el despecho ante la inseguridad de “tener” o mejor dicho de “poseer” y ser mal correspondido. Argumentos de tal índole son los siguientes:

“¿Por qué decidiste quedarte con la heroína?

Más bien ella decidió quedarse conmigo...”

Rafa 32 años

“...Con la heroína te enamoras... es bien celosa, es la droga más celosa que existe... hay un poema de Pepe Romano, desde que te conocí por primera vez me enamoré de ti... y te enamoras, es tu obsesión... estés en tu casa, estés en la iglesia, estés en el cine, estés en donde estés, estás todo el tiempo pensando en ella...”

Oscar 25 años

La *chiva*, como es llamada la heroína por los *tecatos* es el objeto central sobre el cual gira el entorno social de los heroínómanos. Como cada sustancia que es asimilada por el organismo y que provoca dependencia según los términos dictados por el DSM-IV, y que ya se mencionaron con anterioridad, la heroína se transforma en una sustancia imprescindible, aquello que materializa un estilo propio en los allegados.

Usuario Parcial o Esporádico

Juan tiene 22 años, es casado y vive a través de la ayuda de sus padres. Sus padres, quienes son educadores, tienen conocimiento sobre el uso social de

drogas sobretodo de marihuana, por parte de su hijo, lo cual no consideran como una adicción. Con la heroína, Juan ha tenido una historia de consumo de 2 años, en periodos que no sobrepasan de “simples fines de semana”. Juan argumenta tener familiares consumidores de heroína, y arguye que eso mismo le ha llevado a no “clavarse”, pues dice conocer los efectos de la heroína a largo plazo.

Juan proviene de una familia de clase media-alta, no cuenta con una red de búsqueda y consumo de heroína. La heroína que ha llegado a consumir la ha obtenido mediante obsequios o a través de amistades. Sin embargo, como ya he mencionado, Juan es poliusuario de drogas y según tenga acceso a ellas, las consume, sin embargo, la heroína no es una sustancia a la que Juan tenga acceso fácilmente.

Usuario Consuetudinario Con Red Asistencial

Oscar es un joven de 25 años, casado y con un hijo. Actualmente debido a su condición habita en casa de sus padres. En dos años de consumo, su itinerario está marcado por recaídas e ingresos constantes a centros de atención. Oscar ha laborado como conserje en una escuela secundaria al norte de la ciudad, sin embargo ha perdido el empleo a causa de su consumo de heroína. Además, refiere haber cursado el tercer semestre en la universidad, que trunca debido a su uso constante de heroína.

“A una *doña* enseguida de la casa de mi mamá, le robaron y como yo soy el único loco en el barrio, porque todos están en la cárcel, y el que pudo haber sido... ¡pum!... cayó la bronca para mí. Con la

sociedad, en mi barrio, yo soy el ratero, el loco... en la sociedad se roban algo y toda la *bronca* es para mí... en la casa de mi mamá es igual, se pierde algo y toda la *bronca* es para mí, en la casa mía también se pierde algo y ¿quién fue?, pues yo... toda la *bronca* es mía...”

Oscar 25 años

La red asistencial conformada por la familia le brinda a Oscar la oportunidad de reconocerse dentro de su proceso de consumo. Así, Oscar puede referir el grado de daño que pudiera causar la heroína en su mente y cuerpo y expresarlo tanto dentro como fuera de las dinámicas de abuso. La razón por la cual sigue consumiendo heroína aun en la actualidad después de sus procesos de internamiento, sigue siendo desconocida.

Usuario Consuetudinario Sin Red Asistencial

Moisés vive en casa de sus familiares, emigró de Nogales a Hermosillo al fallecer su madre mientras purgaba una condena en el reclusorio. Su situación económica es inestable y en casa de sus hermanos vive de manera condicional. Moisés corre con suerte al habitar en una casa donde sobra espacio. No percibe ningún ingreso y sobrelleva su adicción mediante el regateo, o bien, solventa su necesidad con el producto del robo. Aunque Moisés lleva 12 años consumiendo heroína, su consumo no sobrepasa el medio gramo diario. Sabe esperar con paciencia al primero que se aprovecha de su conocimiento, fruto de una larga carrera de heroinómano, para servir de intermediario y llevarse su tajada. Sin embargo, hay momentos en donde no llega nada ni nadie, y Moisés se conforma con “echarse unas cuantas píldoras y darse unos toques”. Finalmente se acostumbra a su

propio mal humor y resiste hasta el siguiente día. Por esta razón Moisés no consume lo que antaño lograba consumir, un gramo cada día. Ahora, debido a su inestabilidad y falta de pericia en la búsqueda de dinero, no se permite tocar fondo, aunque a veces lo sorprenda un desalentador fracaso.

Por las mañanas, Moisés se levanta a caminar por las avenidas, afuera de los centros comerciales en donde pide una moneda al transeúnte mientras se dirige al punto de encuentro. En el trayecto logra juntar 40 o 45 pesos, y con algo que equivalga a otro “papel”⁸⁶ ya consigue “un cien”, siempre y cuando el vendedor acepte el trueque según sus necesidades. Si en dado caso logra reunir el dinero íntegro, basta con convencer al vendedor - que finalmente termina cediendo- de merecer una *pringuita* más como si se tratara de un premio por pagar lo que “realmente vale” una dosis.

Moisés conoce a la mayoría de los “buenos”, mantiene su consumo “mordiéndolo el pastel de los demás”. Llega un novato en su búsqueda, de la compra Moisés tiene su tajada. O bien, si “le cae” alguna *feriecita* se compra algún gramo y consume y vende... “como la tamalera, vendiendo y comiendo de ahí”. (Moisés 36 años)

Moisés, curiosamente a pesar de su larga carrera como usuario de heroína, no ha experimentado un proceso terapéutico.

⁸⁶ Un “papel” es una dosis de \$50.

Capítulo 4. El hospital: entrar o permanecer.

El CHMCNM como opción

Como ya he mencionado, en Hermosillo, Sonora, solo dos instituciones forman parte del padrón SISVEA: el CHMCNM y La Posada del Buen Samaritano. De los servicios que proporciona el CHMCNM – institución a la cual me voy a referir en este capítulo- se encuentran el de consulta externa con atención a adicciones y el de desintoxicación por motivos de adicción. La atención supone un proceso de tratamiento como residente del centro por un periodo de cuatro semanas.

Consulta externa con atención a adicciones CHMCNM⁸⁷.

Horario de atención: De lunes a viernes de 7:00 a 13:30 hrs. y de 15:00 a 20:00 hrs.

Costo:	De \$0.00 a \$259.00 de acuerdo a estudio socioeconómico.
Tiempo de respuesta:	Se otorga cita para un máximo de 5 días.
Descripción:	Servicio a interesados que presenten cuadros de adicción y que deseen su tratamiento y recuperación, ansiedad, problemas familiares, depresión.

Desintoxicación por motivo de adicción CHMCNM⁸⁸.

Horario de atención: De lunes a viernes de 7:30 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 20:30 hrs.

Costo:	De \$0.00 a \$393.00 costo día cama. Variable según estudio socioeconómico realizado.
Requisitos:	El médico asignado dictamina si es necesario o no el ingreso al programa de tratamiento para su internamiento.

Cabe mencionar que el trabajo de investigación realizado en el interior del hospital se llevó a cabo a través de 3 itinerarios en donde se aplicaron entrevistas a los usuarios en su contexto de desintoxicación, así como también se llevó a cabo una

⁸⁷ Vease: “Consulta externa con atención a drogadicción y alcoholismo”. Guía Práctica de Servicios del Gobierno al Público. http://www.cgeson.gob.mx/servicios/msp_asp/newmsp_detail.asp?id=355

⁸⁸ *ibid.*

compilación de referentes de itinerarios de 20 pacientes para tratar de buscar - de igual manera que en el contexto de la calle y la actividad- un acercamiento a la heterogeneidad de los itinerarios que trate de comprender el contexto de la heroína y sobretodo las prácticas y representaciones tanto dentro de las instituciones dedicadas a la salud mental como fuera de ellas, en la calle.

Según la información que me fue proporcionada en el CHMCNM a través de la instancia de Recuperación Financiera de dicho centro, solamente en el 2003 ingresaron a tratamiento 68 usuarios de heroína. Esto contrasta con el siguiente año según datos del SISVEA con una diferencia considerable al ser reportadas entre dos instituciones - el CHMCNM y La Posada del Buen Samaritano- solo 12 usuarios de heroína.

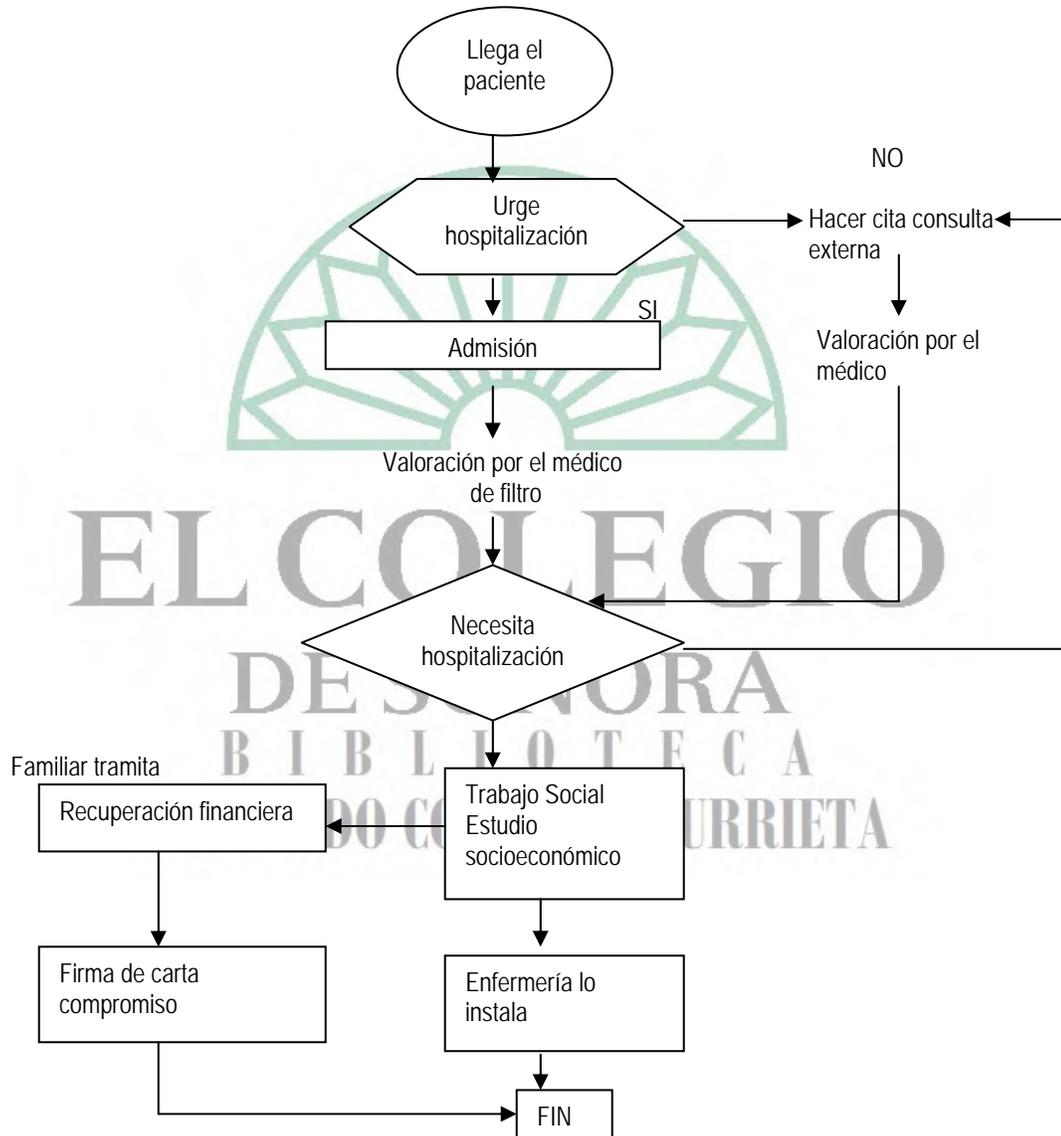
Procedimientos de referencia y contrarreferencia

Existen dos maneras de ingresar a tratamiento en el CHMCNM. Cualquier persona que desee ingresar deberá adecuarse al diagrama de flujo del Hospital o bien al diagrama de referencia y contrarreferencia, según sea el caso de paciente derechohabiente o no derechohabiente. El primer diagrama se aplica para aquellos sujetos no asegurados, aquellos que no cuentan con afiliación a IMSS, ISSSTE, ISSSTESON u otra institución o dependencia de salud. El costo del tratamiento se deduce de un tabulador socioeconómico que se aplica a cada paciente no derechohabiente y dependiendo del patrón de consumo y el grado de adicción se determina el tratamiento adecuado, por supuesto dentro de los

márgenes del mantenimiento farmacológico que prescribe el CHMCNM y del cual más adelante se hará mención.

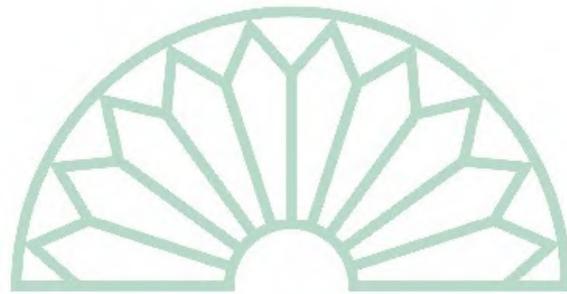
Hospital de higiene mental Dr. Carlos Nava Muñoz

Diagrama de flujo del usuario



Fuente: HHMCNM

Paradójicamente, este diagrama representa la manera más fácil de tener acceso al tratamiento, pues la otra, es a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. En esta, el usuario debe pasar por una serie de improntas generadas a través de los protocolos respectivos, los cuales consisten en una serie de (des)encuentros con personal médico (médico familiar, médico especialista obligadamente psiquiatra), personal administrativo y, por supuesto, las inevitables trabajadoras sociales.

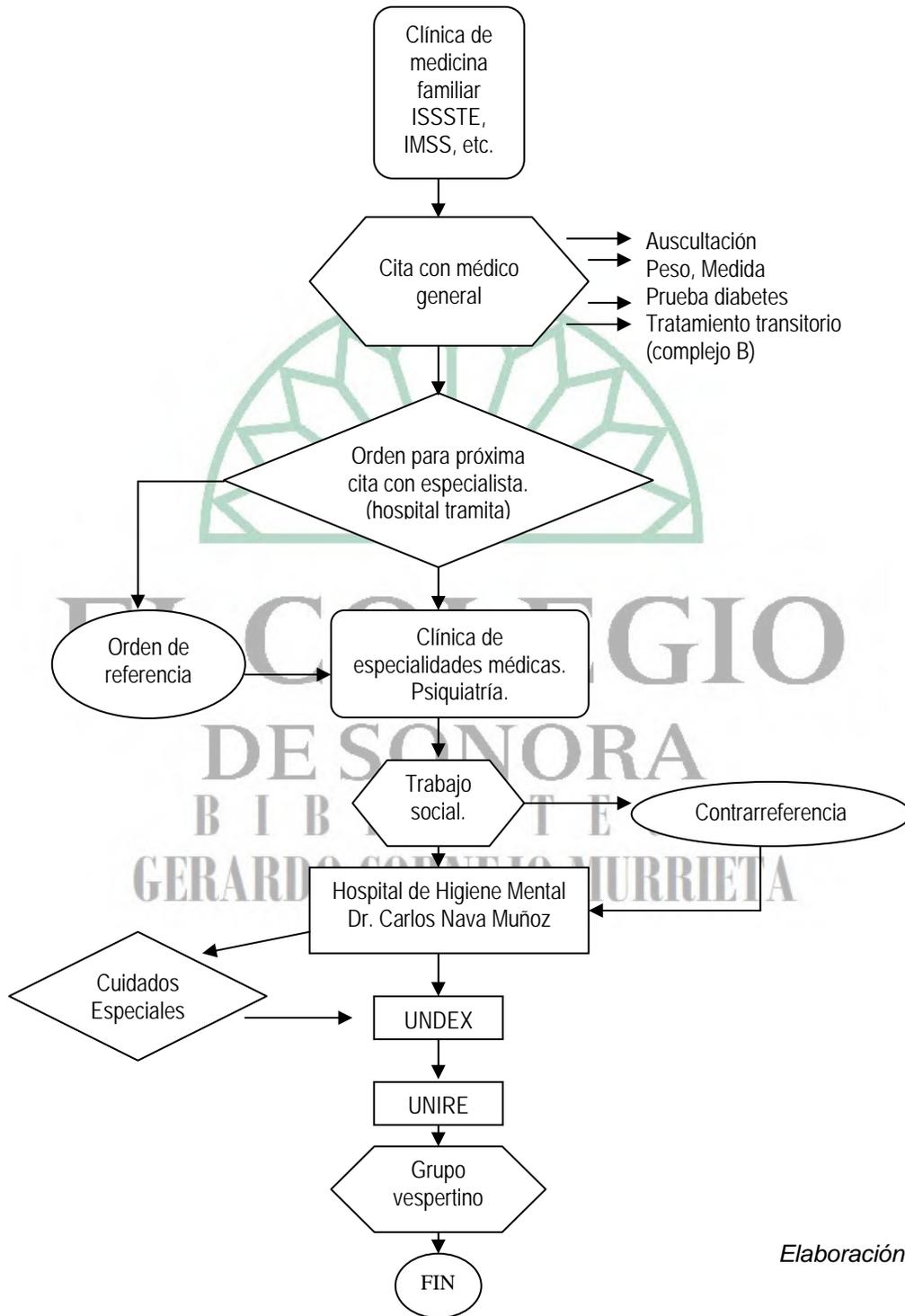


EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Diagrama de referencia y contrarreferencia

ISSSTE, ISSTESON, IMSS, Hospital General, etc. / Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos

Nava.



Elaboración propia

En este recorrido, Pato –a quien pude acompañar durante parte de su proceso de fondeo como UCCRA y durante su recorrido inconcluso en el sistema de referencia y contrarreferencia- derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), tuvo que realizar el trámite para consultar al médico general tal como debía hacerse. Pato no estuvo convencido de acudir al CHMCNM, pero le agradaba la idea de la recuperación. En este caso, la intención de él era esa, recuperarse de su padecimiento, pues “un dejo de conciencia” –así le llamaba él- le “prendía el foco rojo sobre su estado de salud”. De esta manera se abría en el expediente de Pato una sección “reveladora” sobre su persona.

Determinar la cura o el control

En consulta con el médico especialista de la institución afiliadora de Pato (ISSSTE), el (des)encuentro médico-paciente estuvo caracterizado por la verticalidad. El médico, en este caso el “conocedor”, minimiza la experiencia de Pato como usuario de drogas, ignora la subjetividad y finalmente es la voz de un discurso dominante y juicioso de los padecimientos, que da lugar a los procesos de estigmatización que se dan dentro de los sistemas de salud.

“...(El doctor) me pregunto que si cual era mi adicción... yo le dije que consumía heroína... de volada me dijo: -casi nada-, mientras llenaba un formulario... *neta* que me *agüité*... es que esta madre es seria y para que te vengan con esas *mamadas*... no hubo consulta, me trató mejor el médico familiar... el psiquiatra nomás supo que era heroína lo que me metía... y *luego luego* me dijo que me internara... ni me dio *chanza* de contarle como me sentía...”

Pato 28 años

Con el fragmento anterior queda claro que la heroína ocupa un lugar alarmante que deriva en el estigma incluso dentro de las percepciones que un médico psiquiatra puede tener. Esto corrobora la idea de que el instrumentalismo empleado en dichas instituciones, donde se sigue el modelo de la triada ecológica, da prioridad al quehacer epidemiológico, posicionando al adicto como un enfermo al cual hay que vigilar.

“Lo que yo quería era conseguir el medicamento, no quería internarme... quería que me dieran el medicamento... pero el médico me advirtió que no se tiene confianza en los adictos a heroína, pues de nada serviría que me dieran el medicamento, pues si no los terminaba vendiendo de todas maneras doblaría las manos... y que por eso necesitaba internarme...”

Pato 28 años

En el contexto de la psiquiatría, cuyo papel representa a un modelo hegemónico en el trato de las adicciones, se termina posicionando al adicto como un incapaz de sobrellevar su propia recuperación. En este argumento vemos aquello que para Anderson y Helm conlleva el ser susceptible a la desacreditación o el estar ya desacreditado en el encuentro médico-paciente:

“Los que serían desacreditados presentan rasgos obvios de estigmatización; por ejemplo son ciegos, obesos, de corta estatura o ancianos. Los que están desacreditados muestran características, enfermedades o experiencias pasadas

que podrían conferirla esa categoría; por ejemplo, pueden ser homosexuales, expresidarios, expacientes mentales o enfermos con hipertensión o cáncer”.⁸⁹

Este proceso de estigmatización convierte al usuario de heroína en un ser desposeído, cuya definición social se establece por comparación con los no usuarios y esta comparación sirve para fijar su posición social como alguien que es diferente o inferior. Así vemos que el ser percibido como un usuario de drogas y en particular de heroína, marca negativamente la vida social del individuo sujetándolo a una construcción social referencial bajo la etiqueta de “drogadicto” y cuya elaboración resulta siempre arbitraria y totalizadora.

Al respecto Scheff (1973: 122) argumenta:

“Puede ser más útil considerar que la enfermedad mental es un estatus social y no una enfermedad, pues los síntomas de la enfermedad mental se hallan vagamente definidos... y la definición de la conducta como asintomática de la enfermedad mental depende de contingencias sociales antes que médicas... el paciente mental ocupa a menudo un estatus adscrito en el que las condiciones para ingresar en él y abandonarlo dependen de la propia conducta del paciente. La reacción de la sociedad es, por lo tanto, una variable de fundamental importancia en todas las etapas de una carrera desviada.”⁹⁰

⁸⁹ Anderson, W. Y David Helm (1982) “El encuentro médico paciente: un proceso de negociación de la realidad”. En: G. Jaco (comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS, pp. 427-446.

⁹⁰ Scheff, Thomas (1973) *El rol del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

La construcción social de la realidad converge en lo que el médico y sobretodo el paciente contemplan dentro de la negociación en su encuentro. El usuario de heroína marca un estatus de manera inconsciente, en un intento por sobrellevar su adicción en la esfera de lo socialmente convenido. El médico, incorpora una serie de procesos en donde el prestigio y el poder juegan un papel de suma importancia.

Finalmente, Pato fue atendido por el médico general donde se le tomaron las medidas y el peso, se le realizó la prueba de la diabetes, la obligada receta prescribía *Complejo B*; le fue otorgada la orden de referencia, dicha orden fue turnada por las trabajadoras sociales del departamento de medicina familiar de la misma institución a la unidad de especialidades médicas. Ahí, un medico especialista, en este caso un psiquiatra, sería quien le atendería ya con la referencia emitida por el médico general con el diagnóstico de “adicción” mismo que a su vez emite la contrarreferencia al CHMCNM, donde Pato sería intervenido. Finalmente, Pato desiste de su idea y termina en un anexo donde inevitablemente le pierdo la huella. Mis impresiones fueron funestas en este momento, pues al ver que Pato no pudo continuar, la esperanza de por sí tan lejana en el contexto de la heroína parecía desfallecer cada vez más, pues la respuesta a la interrogante -¿cuándo parar?- parecía no existir.

Este sistema representa un obstáculo que el usuario prefiere evadir pagando la cuota establecida por el CHMCNM y así evitar el trámite interhospitalario –lo que significa acceder automáticamente al tratamiento como lo refiere el primer

diagrama-, sobretodo cuando se puede ser desprestigiado como un drogodependiente por las instituciones sanitarias, en donde quedará registro en el expediente. Además, el usuario de heroína que está en crisis, no cuenta con el tiempo suficiente para buscar una referencia interhospitalaria. El procedimiento de referencia y contrarreferencia sugiere que la dependencia afiliadora del paciente refiera a este como “adicto” ante el CHMCNM para así proporcionar el tratamiento adecuado, tal como sucedió con el caso de Pato.

En el primer diagrama, el usuario deberá llegar acompañado de algún familiar que firmará como responsable; esta persona será la que tramite lo necesario ante el CHMCNM, por ejemplo, lo concerniente a la recuperación financiera. Si al paciente le urge una intervención, inmediatamente se le admite según la demanda de tratamiento. Hablamos de un suceso que requiere de la urgencia. En los hospitales, la mayoría de las veces la cita se transfiere a un plazo de dos a tres semanas en promedio; tratándose de un problema derivado del uso de drogas, postergar una intervención, conllevaría a condenar al demandante a una agravación de la crisis, o bien a un continuo “fondeo” que puede tener funestos desenlaces.

Itinerarios: canalizados, malillas y críticos

A continuación presento una muestra elegida al azar de una veintena de sujetos usuarios de heroína que demandaron servicio al CHMCNM durante los años 2003-2005, tomando en cuenta variables que pudieran proporcionar una idea sobre los

itinerarios terapéuticos de los usuarios de heroína que ingresan al CHMCNM, todos ellos, por supuesto UCCRA.

Usuario	# de ingresos	Edad	Patrón de consumo	Ocupación	Derecho-habiciencia	Escolaridad	Edo. civil
1	2	32	Inicia en 2002, 4 ó 5 dosis/día	Electricista	IMSS	Secundaria incompleta	Casado
2	2	32	Inicia junio de 2002, 1gr/día	Ayudante de albañil		Primaria	Soltero
3	3	20	Uso diario, no especifica	Ninguna		Preparatoria incompleta	Soltero
4	3	21	Inicia en 2002	Hace comida		Secundaria incompleta	Soltero
5	18	36	Inicia en 1997, 6 dosis/día	Lavacarros, panadero		Secundaria incompleta	Soltero
6	6	24	Inicia en 2001, 1 ó 2 dosis/día	Mesero		Preparatoria	Soltero
7	1	28	Inicia en 2002, 2 dosis/día	Psicólogo	IMSS	Profesional	Casado
8	1	45	8 dosis/día	Limpieza de casas	IMSS	Secundaria incompleta	Casada
9	1	17	Inicia en 2000, 6 dosis/día	Desempleado		Primaria	Soltero
10	5	44	Inicia en 1999, 3 dosis/día	Chofer		Secundaria	Unión libre
11	2	34	Inicia en 1982, 1 dosis/2hrs.	Ninguna		Secundaria	Unión libre
12	12	27	No especifico	Guardaespalda mto. de educación física		Profesional, Lic. en Derecho	Soltero
13	4	31	Inicia en 2003, 5 dosis/día	Mecánico		Secundaria	Divorciado
14	2	37	Inicia en 1999, 3 dosis/día	Seguridad privada	IMSS	Secundaria	Casado
15	2	37	Inicia en 1999, ¼ de gr/día	Pescador		Primaria incompleta	Casado
16	3	25	Inicia en 2002	Mesero	IMSS	Preparatoria	Soltero
17	4	29	Inicia 1997, 4 dosis/día	Plomero		Secundaria	Soltero
18	6	34	Inicia 2000, 4 dosis/día	Abarrotero	IMSS	Preparatoria	Casado
19	3	35	Inicia en 2000, 6 dosis/día	Hogar	IMSS	Preparatoria	Casada
20	5	27	Inicia en 2002, 6 dosis/día	Estibador		Primaria	Unión libre

De una muestra de 20 usuarios de heroína que solicitaron servicio en el hospital entre 2003 y 2005, el 100% había ingresado al menos una segunda vez al

CHMCNM. Es de notar que las cantidades de consumo referidas marcan patrones de consumo distintos que varían independientemente de la antigüedad que se tenga en la actividad. Esto dificulta aun más el intento de estandarizar una imagen del *tecató* y/o del usuario de drogas y con ello pretender crear el tratamiento adecuado desde supuestos donde prima un modelo de abstinencia por sobre un modelo de reducción de daños.

El 37% de los usuarios que solicitaron su ingreso al programa y que conforman la muestra, lo hizo acompañado de sus esposas, el 50% acompañados por su madre, y el 13% acompañados de otras personas, entre otros familiares o amistades. Estamos hablando de un proceso asistencial en donde terceras personas, quienes serían en dado caso los allegados al paciente y quienes firman como responsables, son imprescindibles durante el proceso terapéutico del paciente, en vista de que serán el único contacto con el exterior y los facilitadores de artículos de uso que el centro reglamenta para cada residente.

Una historia clínica que persiste

Entre los argumentos más recurrentes que pude constatar en el historial terapéutico sobre la razón del ingreso que el usuario manifestaba encontré los siguientes:

a) Problemas económicos: falta de dinero para comprar la droga

Uno de los problemas recurrentes al que se enfrenta un usuario de drogas está intrínsecamente relacionado con la dinámica de consumo; el valor atribuido a la sustancia, va más allá de gratificaciones estrictamente monetarias, es decir: un *tecató* puede arreglárselas para conseguir su dosis ganándose la confianza del *bueno*, finalmente su estada *en los mismos lugares de siempre* está garantizada tratándose de *uno de ellos* y el *bueno*, teniendo conocimiento del movimiento, puede *soltar prenda* fácilmente. De esta manera, el *tecató* oscila entre la deuda y el regateo. Sin embargo, cuando la situación se complica, este problema es el que muchas veces les hace pensar en la opción de la desintoxicación, pues los recursos para seguir dentro de la dinámica de consumo se han agotado.

b) Miedo o psicosis: vivir para consumir y consumir para vivir, temor al desconocimiento propio, temor a la continuidad del hábito.

Podríamos decir que este argumento deriva de lo que se explica en psicología como “conciencia de enfermedad”, término que ante el sentido común permanece ambiguo y parece no existir, sobretodo cuando a pesar de ingresar voluntariamente a una clínica de desintoxicación como el CHMCNM, se argumenta como a regañadientes, que la heroína habla por el usuario si este decide en dado caso dar por terminado su proceso, “manifestando” el discurso reprobatorio que prima en el tratamiento de las adicciones. Sin embargo, una de las características de este factor estriba en el sentido que los *tecatos* le dan a la heroína atribuyéndole propiedades maquiavélicas, con intenciones perversas que incitan a morir en el olvido, y de lo cual tarde o temprano el usuario de heroína se da cuenta

manifestando temor a lo venidero, pues además, el consumo de heroína conlleva una carrera contra el tiempo al tener el efecto de placer un final. La “conciencia de enfermedad” inicia cuando el usuario contempla la necesidad de detenerse en la carrera.

c) *“Engordar la vena”*: restablecerse o ganar peso

Para el usuario de heroína, el colapsamiento de venas es común al haber prácticas de inyección inadecuadas. Sin embargo, para algunos no representa un impedimento pues siempre existe una manera temeraria para suministrar la dosis, por ejemplo en los genitales o “de cuerazo”, es decir, por la vía subcutánea. Se dice que un usuario de heroína entra a desintoxicación sólo para *engordar la vena* cuando manifiesta “poca conciencia de enfermedad” y el pronóstico emitido por el cuerpo médico es reservado dejando a voluntad del usuario la reincidencia una vez dado de alta ya sea forzosa o voluntaria. De esta manera, el término “engordar la vena” tiene un doble sentido, pues también significa disminuir el patrón de consumo premeditadamente a través de una intervención no duradera en el CHMCNM para volver, en dado caso, a comenzar de nuevo.

d) *“Calmar bronca”*: Persecución, amenaza, complacer a la familia, canalizados por PGR

Debido al claudestinataje en que se desenvuelve el *tecató*, es común que esté inmerso en problemas que ponen en riesgo su “normalidad” adquirida a través de la heroína. Caer en la cárcel representa un grave problema, no por lo que implica el encierro en sí, sino por lo que representa en cuanto a la continuidad del

consumo. Es de suponerse que tanto a los *tecatos* al igual que a los vendedores, “se les calienta el terreno”, sobretodo cuando se revela a la familia la personalidad adictiva del sujeto y ésta comienza por imponer restricciones viéndose en aprietos al desconocer los comportamientos del familiar cuando se le ve involucrado en querellas con otros usuarios o con los mismos vendedores; o cuando inevitablemente se les canaliza al centro a través de instancias provisoras de justicia donde el *tecató* suele verse involucrado por delitos de robo o de otra índole.

e) *Sobredosis: canalizaciones de otros hospitales*

Cuando surge un problema identificado como “sobredosis”, el individuo es atendido regularmente en los hospitales de la localidad; una vez que se establece al sujeto inmediatamente se canaliza al CHMCNM donde se le brinda tratamiento. Por este razonamiento podría llegar a parecer lógico el ingreso del sujeto a tratamiento cuando deriva de una sobredosis. A pensarse incluso que no importa la voluntad del individuo pues una emergencia de tal índole no requiere de un consentimiento, medida con la cual se contribuye a la moralización de los procesos de salud-enfermedad-atención. Con todo, la situación puede ser otra. Una sobredosis no supone el término de una carrera adictiva, un itinerario puede llevar varias sobredosis y mantener una actividad continua en el consumo de heroína. Sin embargo, partamos de que el usuario considera todos los días la posibilidad de “dejar la heroína”, esperando el tratamiento adecuado que muchas veces prescinde de un protocolo psicoterapéutico como se concibe a través del discurso médico hegemónico.

Todos estos argumentos son factores que se entrelazan durante distintos tiempos en los itinerarios de los sujetos; puede encontrarse más de uno en un mismo usuario, finalmente lo que sobran son razones para alguien que ha decidido pausar o terminar en definitiva su consumo.

“El tratamiento adecuado”

¿Por qué los anexos o grupos de autoayuda no son una opción para los usuarios de heroína?

“...Cuando fui a Narcóticos y a Alcohólicos, según yo iba a dejar de consumir oyendo a los demás, pero lo que pasaba es que yo iba a esos grupos pero iba bien loco, tenía que ir curado sino no podía ir; imagínate bien *malillón* oyendo, no puedes ni escucharlos, nada más estás pensando en la psicosis, -¿cómo levantar otra cura?... ahorita voy a salir y voy a vender aquello... y voy a robar... y me voy a meter a Ley... y me voy a robar una herramienta... – así estás pensando nada más...”

Oscar 25 años

“En un anexo te la pasas valiendo... ahí si te pegan *malillas*... como aquí es un hospital, a lo mejor por el medicamento y todo lo que te dan no sientes tanta malilla; pero entras a un anexo y te pones a pensar: ahorita me van a sentar en una banca tres horas oyendo a un *güey* gritándome que valgo *puritita*... –¡ahorita tu esposa está con otro *bato*...! - o sea, siempre estás sintiéndote mal, todo el día estás pensando: ¿cómo le hago para salir de aquí?... te la pasas bien *pirata*... prefieres estar en la *pinta* que en un anexo...”

Rafa 32 años

Existen diversos protocolos médicos abocados a la deshabituación de heroína en el mundo. Hay los que prescriben *metadona*, aquellos que utilizan *buprenorfina* y

naltrexona, tratamientos de sustitución, también hay seguimientos terapéuticos cognitivos conductuales, gestálticos, religiosos o bien aquellos que operan con base en el escarnio y que maniobran fuera de la ley, por ejemplo los anexos.

En el caso del CHMCNM, el protocolo médico considera el suministro de los siguientes medicamentos: *Olanzapina, Amitriptilina, Valium, Bromazepam, Levomepromazina, Alprazolam, Venlafaxina*. Los síntomas más recurrentes manifestados durante la supresión en el proceso de desintoxicación son: *mialgias, artralgias, escalofríos, náuseas, vómito, evacuaciones diarreicas, rinorrea hialina*. A su vez, las conductas con mayor frecuencia observadas por el personal médico en referencia a los pacientes tuvieron que ver con lo que llaman trastornos de estado de ánimo, por ejemplo: *insomnio total, conductas suspicaces, depresión con síntomas aunados, astenia, adinamia, desesperanza, desilusión, anhedonia*, y otras que forman parte de los términos psiquiátrico - psicológicos.

El primer manejo es totalmente médico, restablecer la parte física, es decir, los síntomas de la abstinencia, atendiendo las molestias de ansiedad, inquietud, dolores, rehidratación y cambios en la presión arterial que pudieran traer; enseguida se trabaja hacia la orientación y ubicación de los usuarios, tomando en cuenta el grado de consumo y enseguida se busca la oportunidad de trabajar la adherencia terapéutica que puede ser en el mismo centro a través del grupo externo vespertino o en otros centros de autoayuda.

Dentro del centro, el tratamiento se lleva a cabo a través de tres instancias. Suponiendo que la mayoría de las veces el usuario de heroína requiere de la urgencia en su intervención, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es la primera a la que es canalizado un usuario en crisis y donde se monitorea continuamente el estado de salud durante esa corta estancia en la unidad que regularmente varía entre tres o cuatro días, dependiendo del patrón de consumo del usuario y del cuadro abstintencial que éste presente. Posteriormente, el usuario deberá ser transferido a la Unidad de Desintoxicación (UNDEX), donde al término de dos semanas se le traslada a la Unidad de Recuperación (UNIRE) y se da seguimiento al protocolo médico y terapéutico. De esta manera, el usuario de heroína deberá pasar –en un plazo de 28 días- por las tres unidades para su efectiva recuperación. Sin embargo, el tiempo promedio de estancia para los pacientes usuarios de heroína que solicitan tratamiento es de cuatro días. Pocos llegan a UNIRE, otros al término de los cuidados intensivos. Cabe aclarar que de la muestra trabajada, sólo una persona pudo terminar el tratamiento aunque sin éxito, debido a la recaída posterior.

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Las recaídas como parte del tratamiento.

El consumo de heroína en Hermosillo conlleva un proceso de entradas y salidas (recaída/abstinencia), de tal manera que el usuario de heroína –como ya revisamos- entra al programa para resguardarse de la *malilla* o de broncas, y sale de este para volver a consumir. Las dinámicas de entradas y salidas de los usuarios en el caso del CHMCNM también están mediadas por sus economías y muchas veces sirven como válvulas de escape por problemas en el trabajo, con la

familia y el dinero. Hechos o causas que se vinculan directamente con la salud son pocos, pero ya hemos mencionado la más importante, sobredosis.

“...Hay una psicóloga que ya está enfadada de tenerme muchas veces aquí. No quería que entrara a terapias con ella... -¿sabes qué?- me decía, - tu ya no tienes remedio... el programa del Nava a ti no te sirve ¿por qué no te vas a tu casa?, ahí te encierras, tomas el medicamento... - me quería dar pa´bajo...”

Oscar, 25 años

Dado que el consumo de heroína está mediado por valores y expectativas morales, tanto la familia como el personal médico influye en que la recaída sea vista como un fracaso y la abstinencia un éxito.

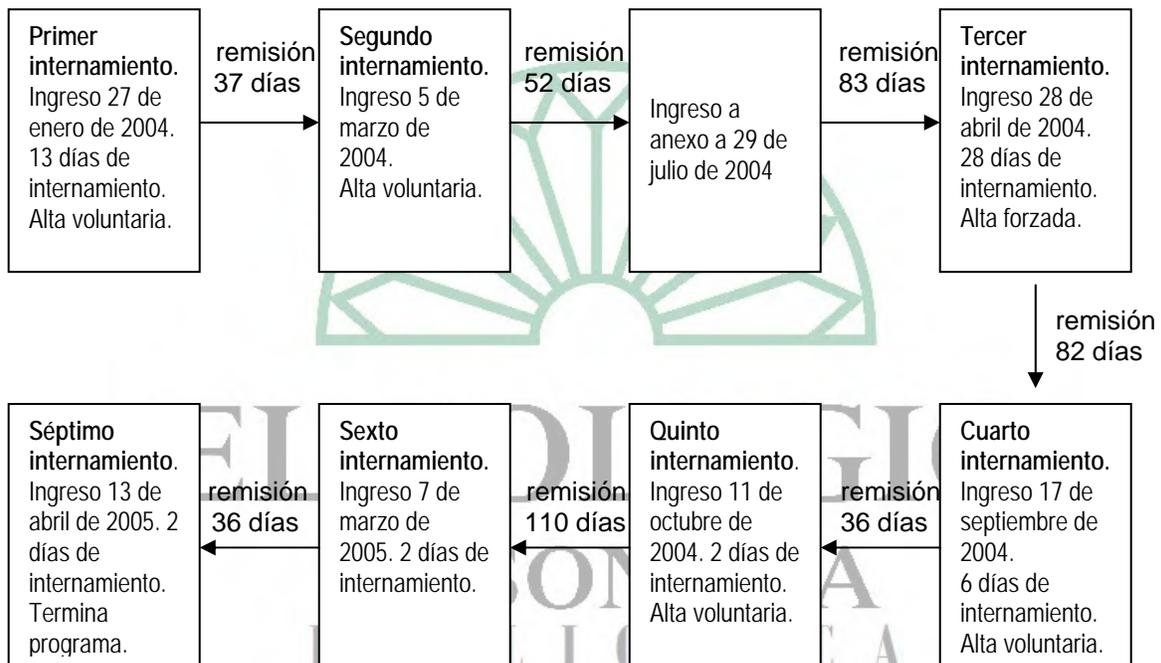
“Todos los que se van es porque buscaron un pretexto. Yo veo que entra un *bato* y te digo, este *bato* se va a ir en una semana, según como se porten o de lo que estén hablando tu te das cuenta... –no, que mi niño... dejé a la vieja sin feria... cumple años mi hija... – este próximo día de las madres se van a ir un *chingo*... el día de las madres del año pasado yo estuve aquí, y aquí voy a estar otra vez. Los demás siempre buscan un pretexto para salir de aquí, nadie se va porque se quiere ir, nadie dice: - ya me voy... porque me quiero ir... – todos buscan un pretexto, - me tengo que ir porque mi niño va a salir en un desfile... ya me siento bien y tengo que ir a trabajar... - ¿tu crees que la familia se va a poner feliz al ver que te sales?... La mayoría de los doctores ya me conocen... ya tengo mucho tiempo viniendo, ya no debería de estar aquí... a lo mejor está bien... Se me hace mal que le nieguen la oportunidad a un *bato* como yo, que es mi séptima vez, a lo mejor esta es la buena, a lo mejor en este ingreso si salgo y me aliviano...”

Oscar, 25 años

“Cambiar está bien cabrón... yo salgo a la calle y me reviento y... ¡pum!... - qué loco, otra vez me curé... – te da pa’ bajo emocionalmente y te entra una depresión y te sigues curando por lo mismo, porque recaíste... y te sigues curando, te sigues curado otra vez...”

Rafa 32 años

Itinerario terapéutico de Oscar:



GERARDO CORNEJO MURRIETA

Una carrera moral

Como es de notarse, existe una coerción moral que implica la satisfacción de terceras personas las cuales contribuyen en la red asistencial como apoyo moral durante el proceso del sujeto, esto obedece a la idea que la sociedad refiere sobre la abstinencia como un éxito y la recaída como un rotundo fracaso. Es en este proceso liminal donde el usuario de heroína se encuentra vulnerable y puede ser ambiguo o impreciso incluso consigo mismo debido al contexto de la recuperación

en donde el consejero terapeuta y la familia o los allegados deciden, establecen, proyectan el nuevo destino del paciente bajo los parámetros de una nueva persona. La presión ejercida al parecer de manera tan inocente, puede ser causa tanto de la recaída como de la recuperación. Sin embargo, si tomamos en cuenta el número de egresos exitosos del CHMCNM nos percataremos que más que efectos positivos hay consecuencias contraproducentes, pues el usuario termina cargando con una responsabilidad que no le pertenece y que es la de mantener satisfecha a la red asistencial lo cual le provoca frustración y desanimo.

“... Ellos (los demás internos) creen que por estar acá unos días, la familia va a empezar a creer en ellos otra vez... es lo que yo quiero también, que la familia empiece a creer en mi otra vez, porque ya no creen en mi, nunca he terminado un programa, yo quiero terminar el programa porque yo quiero que mi mamá diga –esta vez a lo mejor si le quiere echar ganas...”

Oscar 25 años

El grupo externo vespertino tiene como encomienda mantener la adherencia terapéutica de los que egresan del programa independientemente del éxito que haya tenido en su proceso de desintoxicación. Este grupo se encuentra abierto a cualquier persona que considere tener problemas de adicción o que simplemente desea escuchar sobre aspectos preventivos o sobre las vivencias de los usuarios de drogas. Lo que pude constatar es que cada asistente a este grupo vespertino llega canalizado por faltas menores como las de tránsito, de fuero común y aquellos que por requerimiento de la institución para la cual laboran se presentan a sesión grupal, por ejemplo conductores punibles, empleados sorprendidos por

antidopings, individuos detenidos por faltas menores en estado de intoxicación. Todos ellos deberán portar su carnet de asistencia, así como voluntarios, individuos que terminaron o no su tratamiento como residentes del centro, sujetos que no necesitan de una intervención pero que consumen algún tipo de drogas, etc. Sobre este punto, es el médico en la consulta externa quien decide si el usuario es candidato o no al tratamiento que se ofrece. La entrevista que el médico hace al paciente consiste en resaltar patrones de consumo y tratar de encontrar la línea por la cual existe una tendencia a la adicción por parte del usuario de drogas. Este procedimiento obedece a los que Menéndez a convenido en llamar “la Psiquiatrización de lo social”⁹¹ y que, como hemos revisado, privilegia las determinantes de una triada ecológica donde la relación entre el agente, el huésped y el medio estarán determinadas por la relación entre la sustancia, el sujeto y el contexto. Es el discurso médico hegemónico a través del discurso psicoterapéutico, el que privilegia al contexto como el ámbito en el cual se desenvuelve una persona y es este mismo el que moldea las prácticas y las relaciones que se establecen en el marco de la adicción vista como enfermedad. Es en el contexto donde se ubican las relaciones que el usuario mantiene con sus padres, con sus hermanos y con las amistades que frecuenta la persona.

Una vez reinsertado a “la vida social”, el usuario de heroína acaba teniendo una doble vida. Sometido a la amenaza perpetua del chantaje, esa doble vida raya entre el conjunto de quienes creen conocerlo y quienes realmente lo conocen, de

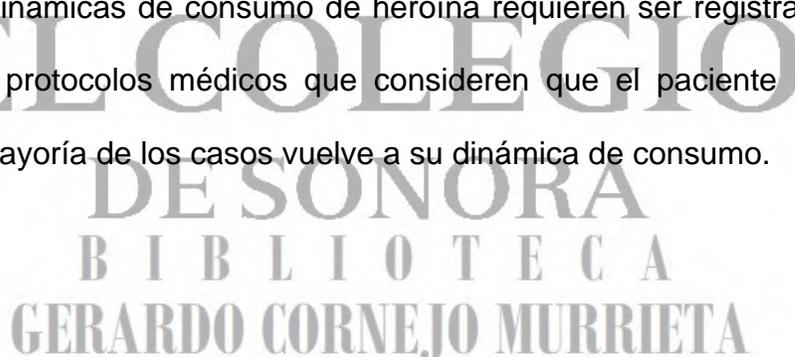
⁹¹ Menéndez, E. (1979) *Cura y control La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.

tal manera que la performance del individuo desviado oscila entre dos esferas, dos identidades públicas que se adecuan a espacios y situaciones definidas. Al respecto Goffman (1970:91) señala:

“Existen estigmas importantes, tales como... adicción a las drogas, que el individuo debe ocultar cuidadosamente ante determinada clase de personas... y exponer en forma sistemática ante otras...”⁹²

Mantener dos mundos y dos personalidades tan nítidamente diferenciados como sea posible, al tiempo que encuentra el modo de escurrirse entre uno y otro, constituye una de las técnicas básicas del usuario de drogas.

Entonces, las dinámicas de consumo de heroína requieren ser registradas con el fin de generar protocolos médicos que consideren que el paciente usuario de heroína en la mayoría de los casos vuelve a su dinámica de consumo.



⁹² Goffman, E. (1970) *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Capítulo 5. Conclusiones

Si lo que compete a esta tesis es analizar el proceso de arraigamiento de una sustancia como la heroína en una ciudad como Hermosillo, Sonora, y no encontrar la razón de porqué consumimos drogas (ya sea heroína o vino), entonces no es necesario llevar a cabo una etnología sobre los usos de sustancias psicoactivas que sin duda nos llevaría a contemplar la evidencia de *cannabis* en las minas del rey Salomón, o el uso de opio en las ofrendas funerarias de faraones egipcios.

El uso ritual de sustancias en el pasado tenía un propósito lúdico, recreativo, de esparcimiento emocional⁹³, con el advenimiento de la modernidad, el uso de sustancias se lleva a cabo de manera distinta y con propósitos diferentes que en este caso se mencionan como: “quitar el tedio”, “olvidar”, “aguantar”, y de esta manera ganarle tiempo al tiempo, prisa a la prisa, y competir en la competencia en un mundo cada vez más excluyente.

El enfoque predominante en el estudio de las drogas ha sido principalmente desde la criminología y la medicina; con ello se brinda la posibilidad de introducir nuevos enfoques y así delimitar nuevos parámetros metodológicos y técnicos. En este caso la pertinencia del enfoque antropológico ofrece:

- a) Poner en cuestión los discursos médicos y “criminológicos” que dominan la explicación teórica de los problemas sociales derivados del uso de drogas y en particular de los modelos asistenciales con la finalidad de poner a

⁹³ Furst (1994), Escohotado (Op. Cit.)

discusión las determinaciones biológicas o culturales en la explicación de fenómenos tan complejos como el uso de heroína en el contexto hermosillense.

- b) Proporcionar un marco de análisis que permita entender la complejidad y heterogeneidad de los itinerarios en el uso de sustancias incluyendo patrones de consumo y maneras de percibir los efectos.
- c) Replantear las interrelaciones entre el aspecto farmacológico, el individual y el sociocultural desde una perspectiva más integradora.
- d) Ofrecer un marco de análisis que comprenda el fenómeno cambiante de las drogas incorporando al análisis el contexto sociocultural
- e) Proporcionar una perspectiva interdisciplinaria frente a la polarización de los saberes⁹⁴.

En el transcurso de esta investigación hablé de la importancia de la etnografía como el único método para abordar estudios de poblaciones ocultas. Solamente a través de este tipo de acercamiento pude tener acceso al grupo de heroinómanos para conocer sus dinámicas y patrones de consumo y con ello, desde las ciencias sociales contribuir en la comprensión de una práctica como el consumo de heroína y en general como el uso social de drogas.

En el contexto de esta investigación he posicionado la problematización en dos esferas o dimensiones: por un lado tenemos aquello que es considerado un “problema social” emanado desde las representaciones sociales. Es aquél

⁹⁴ Cfr. Pallares i Gomez (*Op. Cit.*)

problema que se identifica como un obstáculo que “merece” ser intervenido bajo ciertos argumentos, la mayoría provenientes de un discurso dominante y por lo tanto absolutista.

Por otro lado tenemos el problema identificado a través de este acercamiento y que tiene que ver con el tratamiento como una opción viable ofrecida desde el Modelo Médico Hegemónico, así como con el tipo de acercamientos desde las ciencias sociales a poblaciones específicas -en este caso ocultas- y que constituyen un problema metodológico toda vez que los abordajes y las perspectivas han sido insuficientes o inadecuadas.

El término drogadicción en las representaciones sociales designa un estilo de vida considerado negativo; conlleva una carga semántica que se ha utilizado para etiquetar a los usuarios de drogas, es cierto que aquellos argumentos que intentan definir la drogadicción implican una revisión a los procesos de deterioro físico y moral en la persona, sin embargo, de lo que se trata en todo caso es de hacer una revisión sobre las “maneras de hacer” para detectar problemáticas en donde tengan impacto las políticas públicas.

Todo parece indicar que hay un estigma que predomina sobre los consumidores y como el lenguaje inaugura al mundo –según Gadamer- debemos comenzar a llamar a las cosas por su nombre. De esta manera, antes que el deterioro y las implicaciones que conlleva una adicción, hay procesos sociales que configuran esas prácticas que he llamado “maneras de hacer”, por tal razón, considero que el

término “uso social de drogas” se apega más a una realidad social en cuanto al estudio de esta índole se refiere.

Por tal razón, considero pertinente mencionar que esta dimensión (uso social de drogas) enmarca una práctica que va más allá de una interpretación moral que sobre un fenómeno social se podría hacer, pues antepone un proceso previo que lleva inmerso una serie de prácticas y representaciones que dan vida a conjuntos que subsisten aun en el anonimato o en la inadvertencia ante programas de beneficencia pública o bienestar social, como los usuarios de heroína; paradójicamente, muy a pesar de una acelerada entropía, persistiendo o negándose a morir a la par de un proceso social de individualismo. Por tal razón he considerado prudente anteponer el término uso social de drogas al término drogadicción, toxicomanía, adicción o dependencia, como una categoría que sugiere transformar el lenguaje con que se abordan cierto tipo de fenómenos sociales susceptibles de una nociva moralización.

Se elige consumir drogas, pero la adicción es una consecuencia previamente desapercibida por el usuario. El deseo irresistible que en el caso de la heroína podría llamarse *craving*, deviene de un proceso adictivo en donde el sujeto que antes controlaba de cierta manera su consumo pasa a ser controlado por los efectos que las sustancias provocan en lo psicofísico. Finalmente en la trama social no solo nos desenvolvemos a través del pensamiento sino también a través del cuerpo. Hay que recordar que el *craving* es un fuerte deseo manifiesto por consumir la sustancia.

Si tomamos en cuenta que la adicción propiamente hablando conlleva un desequilibrio de recompensa física, y una desorganización de los neurotransmisores que regulan el placer, veremos que el usuario de heroína puede estar “disfrutando” de ese placer proporcionado por la sustancia al mismo tiempo que estar anticipando el malestar del *craving*. Es decir, una vez que el usuario “toma conciencia” sobre su estado de salud, contempla “nulas” opciones para dejar el hábito (puesto que no las hay fuera de los anexos donde el tratamiento es a base del escarmiento, ni fuera del CHMCNM donde el tratamiento es a base de una moral descalificante). De esta manera, el usuario de drogas que ha pasado por un proceso de desintoxicación se ve en la necesidad de resignificar el placer y son precisamente los grupos de autoayuda –que en esta investigación no formaron parte del corpus- quienes a través de una filosofía práctica y de sentido común refuerzan el deseo de una vida sobria a través de estatutos, cánones o axiomas (A.A. es el ejemplo más claro: “solo por hoy”, “poco a poco se va lejos”, “vive y deja vivir”). Podríamos decir que la adicción es consecuencia de un estilo de vida que compartimos todos consumidores o no consumidores y regulado por una especie de “paranoia” propiciada por la alteridad o por la “diferencia no consentida” del otro.

En este caso, la recompensa además del placer mientras se está en la actividad, era continuar con la dinámica del consumo. No podemos culpar a los fakires de “hacerse daño a sí mismos” a través de descalabros físicos que pudieran provocar dolor. Sin embargo, en el caso del usuario de drogas, opera de manera inconsciente una pregunta decisiva “¿qué será eso que no tiene certeza ni nunca

tendrá” cuando se habla que los efectos son devastadores, cuando se menciona que la heroína provoca la muerte y cuando se está viendo a sujetos que llevan una larga trayectoria como consumidores, cuando se observa la heterogeneidad de lo que hemos llamado itinerarios de los consumidores, y finalmente, cuando no se experimenta y se deja todo a la curiosidad?.

Por todo lo anterior reitero que la adicción no es una elección voluntaria, pero si el uso de drogas cuya implícita “normalización” inaugura un entramado de reciprocidades, patrones y normas determinados culturalmente.

Posteriormente he mencionado que no existe un perfil del heroinómano pues los itinerarios terapéuticos marcan una heterogeneidad en cuanto a la distinción entre los patrones de consumo, entorno social y redes asistenciales; sin embargo he observado que los usuarios de heroína comparten el sentimiento de búsqueda continua, carrera en la cual se intercambian un sinnúmero de experiencias y se entablan alianzas que dan continuidad a sus dinámicas de supervivencia. De la misma manera el papel que desempeña la familia se moraliza en el discurso terapéutico en donde se la posiciona como “factor de protección” sin tomar en cuenta que en la mayoría de los casos el usuario de heroína recae, favoreciendo a su vez a la culpa tanto en la familia como en el propio usuario de heroína, ello en consecuencia de ver a la abstinencia como éxito y a la recaída como fracaso.

Asimismo, el CHMCNM funge como un centro de salvaguarda para el heroinómano que, independientemente de sus razones, considera el tratamiento

ideal solamente el reestablecimiento de las funciones normales del cuerpo más no así la expropiación de su persona por parte de la disciplina psicoterapéutica. Sin embargo, las recaídas obedecen a otro tipo de eventos que van más allá de la práctica psiquiátrica. Ello no quiere decir que los usuarios de heroína consuetudinarios no deseen abandonar su consumo que se ha convertido en desmedido. Las opciones terapéuticas deben ser amplias y sin expectativas morales; finalmente mientras siga existiendo el narcotráfico existirán “chivos expiatorios” para canalizar nuestras penas y con ello una vez que se prohíbe y se reprueba, propiciar una “agravación de los males”, en este caso la situación de los heroinómanos.

Ya he hecho mención del modelo de abstinencia que impera por encima del modelo de reducción de daños en cuanto a la prevención y tratamiento de las adicciones se refiere. Actualmente se hace el intento por realizar una campaña de “intercambio de jeringas” en distintas ciudades del estado a través de la SSA, sin embargo, esto representa un gran dilema cuando se pretende llevarlo a cabo en una ciudad como Hermosillo, Sonora en donde aquel que transgrede la norma es merecedor del descrédito⁹⁵.

⁹⁵ En el Anexo 3 presento un seguimiento hemerográfico sobre la propuesta de la Secretaría de Salud de llevar a los “picaderos” paquetes de emergencia que incluyera una jeringa desechable, alcohol, agua inyectable, cloro, un condón e información relevante sobre factores de protección y reducción de daños relacionados con las prácticas de inyección.

Hasta aquí me he referido a la complejidad de una práctica como el consumo de heroína en Hermosillo, Sonora desde una trinchera meramente científica de la antropología, sin embargo, considero que aun queda algo por mencionar.

¿Una antropología infame?

Sin duda, el campo de la ciencia es centáurico, vasto y desmedido – independientemente de la intriga o el interés que se ha convertido en desvelos para el estudioso. Los científicos sociales buscamos encontrar -cuales náufragos- la vara que sostendrá la casa a través de las justificaciones de tal o cual interés por tal o cual estudio. Pero es más que una fábula hacer de abogado del diablo en esta ocasión, pues el antropólogo en su espejismo inventa, reinventa, analiza cada mancha de la urdimbre social, un tanto justiciero, un tanto perverso.

A fin de cuentas, en un acto prometeico, una vez lanzado al fuego por la voluntad divina de la “participación” como método, el antropólogo aborda una postura digna del *rapport*, transfigurándose en un traje sin cuerpo dispuesto a la manipulación de los sujetos a los que estudia, con tal de conocer sus litigios, avenencias, y sus tristezas.

He mencionado que la realidad del *tecató* es un juego entre el deseo y el placer, más no debemos propinar un juicio mitificante, sentencioso y/o artístico sobre esta práctica, como se ha venido haciendo desde la ignorancia, pues más que un gusto *chic*, es una mezcla de terror apabullante y bizarra comedia. Lo que resta son solo

preguntas, difícil mencionarlo en el término de una tesis, sin embargo tratándose de un tema cuasiespiritioso, no resta más que hacerlas.

Hasta ahora, ¿no hemos identificado acaso los rasgos de la ciencia del morir sin pensarlo o habiéndolo pensado durante largo tiempo a través de la entropía? Este fallecimiento puede representar una gran desdicha o una gran fortuna para quienes vierten su antebrazo en la posición pinchante, mientras una cinta que está siendo jalada desde los dientes fieros hace la de torniquete y los “caballos arremeten” en las sienes que reciben el calor de la “ambrosina dicha” en una diáfana “contienda de luz y oscuridad” que recorre el cuerpo como una “bendición insólita”.

¿A qué me he referido al hablar del llamado “problema de la heroína”? Siendo un tema delicado y susceptible de preocupaciones y descalabros, he intentado rescatar aquellos elementos que nos den muestra de tal situación. No se ha tratado de maldecir a una sustancia en cuestión, sino de destacar el uso que se le da, el cual ciertamente en una sociedad tan vulnerable como la nuestra a los aconteceres de la modernidad, presenta diversas facetas.

¿Existe una cultura del *tecató*?, ¿podemos aprender algo de ellos?, yo respondo: no lo hemos intentado sin recato. Podríamos aprender sobre su recreo obsesivo con la muerte, sobre aquella sensación de libertad absoluta, de letargia, de paz inexplicablemente triste y hermosa a la vez. Podríamos al menos especular sobre su afán de transgresión, su falta de dignidad, su sufrimiento. Podríamos polemizar

sobre su don de transmitir angustia, sobre su labilidad o bien, ya no tanto, sobre su número.

El *tecató* opta por refugiarse en su placer como una grieta que parte su alma en dos, entre el silencio y la cacofonía. Invierte la vida con la heroína, cuando no se coloca su “siempre última dosis” prefiere sucumbir en el olvido, pues solo vive por y para la heroína, mientras su ser se desvanece en la oscuridad de una gota morena, en la tiniebla de una pringa de chiva o “black tar”. En esos instantes es enemigo acérrimo del futuro, pues en él espera el síndrome triturador de hueso, cartílago, tejido, mente y alma, no sin antes hacer la faramalla de siempre: buscar.

La mayoría de las veces, el *tecató* prostituye la dignidad que para él resulta inconcebible y aberrantemente fútil; “jamás” es mientras se suministra su dosis, y “jamás” piensa en la culpa, solo cuando no la tiene, pues “jamás” será él quien transgreda, robe o se prostituya, será él “juntoconlaheroína”. Sus ansias no son sino eternizar ese breve lapso de “felicidad” en el cual viaja al lomo del “caballo alado y rocinante”.

Él *tecató* consigue por \$50 pesos lo que a muchos les cuesta una vida entera. Transmuta sus remesas en el flujo que atraviesa por sus venas. ¿Equivocaron el rumbo? La juiciosa interrogante da mucho que pensar.

Sin embargo, la dignidad de los usuarios de heroína está en concesión de quienes se han hecho cargo. Decidimos negarlos, marginarlos, usarlos como argumentos

para prohibir el uso de drogas, les secuestramos su derecho a utilizar su cuerpo libremente y de decidir; más no será a través de campañas, ni de pancartas discursivas, ni de banderines flagrantes que les otorgaremos el reconocimiento. Para que ellos puedan ejercer como personas hay que reconocer primeramente su condición, admitiendo ese mecanismo por el cual necesitamos hacer culpable al otro de nuestras desdichas.

¿Miedo?, nuestro porvenir no será sin duda aquél donde cada individuo levite con la “chiva”, o desfalque su nariz con la cocaína, o descalabre su cuerpo con crystal, o decida hermanarse en fraternidad a través de un cigarrillo de marihuana eterno, o propine rabieta bajo el régimen psicotrópico, o cavile en un perpetuo baile *metanfetaminero*. ¿Puede ciertamente la imaginación tener un límite?

Ante ello, reconozco las deficiencias y los límites en esta investigación, que se han tornado retos en el momento en que se aceptan como tales. La perspectiva de género nos podría aclarar de qué manera tanto las redes asistenciales (esposas y madres sobretodo) como los propios usuarios configuran sus prácticas a partir de su relación con la sustancia; o bien qué diferencia tanto a hombres (“buenos proveedores”, frustración a partir del rol, etc.) como a mujeres (la “buena” mujer es aquella que no consume) en relación con el consumo de sustancias.

De igual manera, la hermenéutica y el individualismo metodológico podrían utilizarse con la finalidad de discernir las prácticas llevadas a cabo en una carrera de consumo a partir de una elección racional. Así como responder a interrogantes

que posicionan a la voluntad y la decisión concienzuda como puntos de partida en el análisis. Finalmente ¿porqué consumimos drogas? podría ser una interrogante perpetua.

Al término de esta redacción, supe que Oscar recae e ingresa forzosamente al programa de CRREDA (Centro de Rehabilitación y Recuperación para Enfermos de Drogadicción y Alcoholismo), sus padres convienen en dejarlo seis meses en el anexo, su padre argumenta que Oscar necesita mano dura y no vacaciones. Su madre manifiesta desesperanza.

Moisés cumple una condena de dos años en el penal de Hermosillo por el delito de robo, sus familiares argumentan que se encuentra bien de salud y que él mismo decidió acabar con su hábito a través del acto delictivo a sabiendas de su posterior detención.

Pato egresa del programa en el anexo, definitivamente le pierdo la huella. Según rumores recae y opta por emigrar a los Estados Unidos.

Rafa busca el retiro en un grupo de autoayuda, sin embargo en la actualidad ha consumido “solo en pocas ocasiones”. Argumenta que su problema surge con la niñez y busca una respuesta en los programas de Alcohólicos Anónimos.

Juan tuvo una recaída, esta vez con su esposa como acompañante. Me entero que debido a las presiones del suegro se separan finalmente, ella es internada en

el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte y Juan en el CHMCNM, sus padres buscar el ingreso en una universidad fuera del estado, mientras él se recupera es dado de baja en la academia.

A nueve años de la muerte de Arturo, su madre aun viste de luto y su labor altruista va encaminada a la recuperación de jóvenes adictos.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Bibliografía:

Adler, P. (1990) "Ethnographic research on hidden populations: penetrating the drug world". En: Lambert. E. (Ed.) *The collection and interpretation of data from hidden populations*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 98, Washington, D.C. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/98.pdf> consultado en Mayo de 2005.

Albertín Carbó, Pilar (2000) *Un estudio etnográfico sobre usuarios/as de heroína. Conocimiento psicosocial y práctica reflexiva*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social. Universidad de Girona.

American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Anderson, W. Y David Helm (1982) "El encuentro médico paciente: un proceso de negociación de la realidad". En: G. Jaco (comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS, pp. 427-446.

Astorga, Luis (1995) *Mitología del narcotraficante en México*. México: UNAM-Plaza y Valdés.

Astorga, Luis (1996) *El siglo de las drogas*. México: Espasa.

Atkinson, Rowald y John Flint. "Accessing hidden and hard to reach populations: snowball research strategies". In: *Social Research Update*. Issue 33, summer 2001. <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html>

Cabrera, J.; R. Zapata; F. Wagner; R. Ortiz y J. Santos (Comps.) (1998) *Heroína*. México: CONADIC, S.S.A., CIJ.

Cravioto, P. et al (2003) "Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento". En: *Salud Pública de México*, Vol. 45, no. 3, mayo-junio, pp.181-190.

Denzin, Norman (2000) "Un punto de vista interpretativo"; En: Denman, C. y Armando Haro (Comps.) *Por los rincones*. El Colegio de Sonora, Hermosillo, Sonora. Pp. 147-205

Durkheim, E. (1898) "Representaciones individuales y representaciones colectivas". En: *Sociología y Filosofía*, Año 2000, Madrid: Miño y Dávila.

Duverger, M. (1988) *Métodos de las ciencias sociales*. México: Ariel.

Escohotado, Antonio (1996) *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.

Escohotado, A. (1998) *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa

Estébanez, Pilar (ed.) (2002) *Exclusión social y salud. Balances y perspectivas*. Barcelona: Icaria.

Furst, Meter (1994) *Alucinógenos y cultura*. México: FCE

Geertz, Clifford (1996) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Goffman, E. (1970) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (1970) *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

González, C.; et al. (1989) *Repensar las drogas*. Barcelona: Grupo Igia.

Guisa Cruz, Víctor (2002) "Clínica de Metadona". En: *CONADIC informa*, No. Especial, junio de 2002. SSA.

Hammersley, M. y Paul Atkinson (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Haro, Jesús A. (2000) "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud". En: E. Perdiguer y J. Comelles (comps.) *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra. Pp. 101-161.

Lambert, E. (Ed.)(1990) *The collection and interpretation of data from hidden populations*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 98, Washington, D.C. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/98.pdf> consultado en Mayo de 2005.

Lamo, Emilio (1993) *Delitos sin víctima. Orden y ambivalencia moral*. Madrid: Alianza editorial.

Levi-Strauss (1970) *Tristes trópicos*. Buenos Aires: Eudeba

Menéndez, Eduardo (1979) *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.

Menéndez, E. (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la casa Chata. México:CIESAS.

Natera, Guillermina et. al. (1991) "Características del consumo de heroína y otros opiáceos en México". En: *Salud Mental*, Vol. 14, Núm. 4, diciembre de 1991.

Nateras Dominguez, Alfredo y Octavio Nateras (1994) "El uso social de drogas: una mirada deconstruccionista". En: *Iztapalapa*, no. 35, año 14. pp.113-130.

Ortiz, A. Et al (1998) "El consumo de heroína y otros opiáceos en México. Datos del Sistema de Reporte de Información en Drogas." En: Biblioteca Virtual en Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. <http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/061998.htm>

Osorio, Rosa M. (2001) Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: CIESAS, INAH, INI.

Pallares i Gomez, Joan (1995) *La dolca punxada de l'escorpí*. Lleida: Pages editors.

Pérez Monfort, Ricardo (1997) *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío*. Plaza y Valdés, México.

Ravazzola, Ma. Cristina (1997) *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Barcelona: Paidós.

Reyes Ramos (1995) *An ethnographic study of heroin abuse by Mexican Americans in San Antonio, Texas*. Austin: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse. Disponible en: www.tcada.state.tx.us Consultado en Mayo de 2005.

Reyes Ramos (1998) *An Ethnographic comparison of the mexican-american drug culture in El Paso, Texas 1987-1997*. Austin: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse. Disponible en: <http://www.tcada.state.tx.us/research/populations/el Paso698.pdf> Consultado en Mayo de 2005.

Reyes, Román (dir) *Diccionario crítico de Ciencias Sociales*. Publicación electrónica. Universidad Complutense de Madrid, 2004. <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>

Romaní, Oriol (1997) "Etnografía y drogas: discursos y prácticas". En: *Nueva Antropología*, vol. 14, no. 52/53, UAM-I, México, pp. 39-66

Romaní, O. (1999) *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel

Suárez Toriello, José E. (1989) "Heroína y algo más". En: Cabrera, J.; R. Zapata; F. Wagner; R. Ortíz y J. Santos (Comps.) *Heroína*. México: CONADIC, S.S.A., CIJ.

Scheff, Thomas (1973) *El rol del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

SISVEA (2001) *Relación de fuentes primarias de información*. Subsecretaría de prevención y Protección de la Salud. Dirección General de epidemiología. SSA. México.

SISVEA (2004). *Informe de resultados 2004*. Estado de Sonora, México. SSA.

Van Meter, Karl (1990) "Methodological and design issues: techniques for assessing the representatives of snowball samples" in: Lambert, E. op cit.

EL COLEGIO

Hemeroteca:

DE SONORA

"Muere joven por una sobredosis" *El Imparcial*, sábado 31 de enero de 1998. Hermosillo, Sonora, México.

GERARDO CORNEJO MURRIETA

"Siente Sonora efecto". *El Imparcial*. 22 de octubre de 2001. Hermosillo, Sonora, México.

"Arrestan a 27 adictos al crystal y heroína en San Luis Río Colorado". *Cambio*. Sábado 19 de abril de 2003. Hermosillo, Sonora, México.

"Encuentran cadáver junto a jeringas". *El Imparcial*. Viernes 23 de enero de 2004. Hermosillo, Sonora, México.

“Muere una mujer por sobredosis”. El Imparcial. Miércoles 19 de julio de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

“Ocultaba en senos paquete de heroína”. El imparcial, 12 de agosto de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

“Se han asegurado 75 kilos en lo que va del año. Utilizan a Sonora para llevar heroína”. El Imparcial. 13 de octubre de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

“Aseguran heroína gracias a un cateo”. El Imparcial, 19 de octubre de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

“Fallece hombre por sobredosis”. El Imparcial, 31 de enero de 2006. Hermosillo, sonora, México.

Webliografía:

“Seguridad y Desarrollo. Sonora: Vórtice del crimen organizado”. Disponible en:

<http://vortice.empresarial.com.mx/pub/articulos.jsp?cve=3709&op=publicaci%C3%B3n>

Consultado en enero de 2006.

“En Sonora. Aseguran una tonelada 505 kilos de marihuana y 18 kilos de cocaína”.

México, D.F., a 24 de mayo de 2002 Boletín No. 462/02. Disponible en:

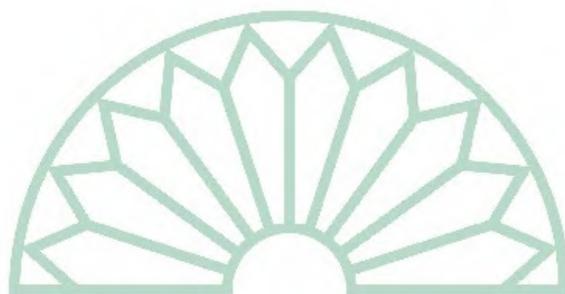
<http://www.foros.gob.mx/read.php?f=50&i=12&t=6&v=t> Consultado en enero de 2006.

“En el marco del combate permanente al narcotráfico en todo el país. Asegura la PGR 21 kilos de heroína y más de tres toneladas y media de marihuana”. México, D. F., a 08 de junio de 2004

Boletín 563/04. Disponible en: <http://wwwhtm.pgr.gob.mx/cmsocial/bol04/jun/b56304.htm>

En Sinaloa, Veracruz y Sonora. Destruyen tres sembradíos de marihuana, aseguran 10 kilos de "crystal" y casi dos kilos de heroína. México, D. F., a 12 de marzo de 2004, Boletín 251/04. Disponible en: <http://www.htm.pgr.gob.mx/cmsocial/bol04/mar/b25104.htm> Consultado en enero de 2006.

"Combaten con éxito narcomenudeo." La voz del puerto. 18 de febrero de 2005. Guaymas, Sonora, México. Disponible en: <http://www.lavozdelpuerto.com.mx/index.php?id=5211> Consultado en enero de 2006.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 1

“Chiva, cuete y cacharro”.

Haipo o *Tecato* es como se les llama en Sonora a los usuarios de heroína. Lo que logra ver el transeúnte en un grupo de personas que se inyectan, es su atrevimiento en el vestir: camisas de manga larga independientemente del clima y pantalones gastados; en la higiene: sucios, harapientos, olorosos incluso a distancias relativamente cortas; tercos en su manera de ser hasta la saciedad. A algunos les llama la atención ver tanta semblanza en sus rostros, a otros les invade el temor que antepone distancia sobre la misma incertidumbre que provoca ver un rostro tan pálido, otros simplemente repudian. Siempre se les ve a ratos ansiosos y hábiles en el *talón*; a ratos moribundos, resfriados, febriles; otros ratos tan coquetos y *en la gritona* haciendo alarde con la estrofa y el verso propios del argot: “qué le vamos a asar si es puro hueso”. Se congregan en bandas que saben en el fondo que su *carga* no se comparte, solo cuando hay abundancia, y que hasta el mejor amigo o hermano se niega a ello con tal de satisfacer su necesidad; quizás entonces no haya amistad más sincera cuando sabes hasta donde llega el límite, cuando se comparte sin hablarlo jamás solo la misma pena y la misma soledad para abatirla. Más vale pues, arreglárselas por uno mismo para entrar y para salir de este “submundo”.

El dueño de “El colmenar” los conoce, incluso él mismo les vende las *erres*, al menos así lo hacía con el Ángel y el Pío que se la llevaban en el barrio día y noche.

No era bueno seguir comprando la *merca* con intermediarios, así que primero me di a la tarea de ubicarlos donde antaño solían reunirse, para mi sorpresa habían emigrado, muchas cosas habían pasado. El Beto había caído grave en un anexo de Guaymas después de una larga carrera de doce años fletándose; al Ángel lo agarraron los *mulas* un mes después de que apuñalaron a su hermano, dicen que cargaba más de veinte gramos y le aventaron doce *balas*, su madre al verse tan sola y desesperanzada tuvo que rentar su casa e irse con los familiares; el Bayo dicen que se ahorcó en un arranque de *malilla*, tan malo que se puso; lo encontraron en Caborca, seguro se fue para *desafanarse* de broncas y de la *loquera*; la Bruma está desaparecida y abundan las versiones

sobre su paradero, unos dicen que se pasó y otros dicen que se internó; los únicos que quedan de los viejos *tecatos* de Hermosillo, son el Pío, el Martín, el Jano y el Javi. Algunos ya comienzan a hacer carrera como el Meño, el Chito, el Ñengo, el Araña y algunos otros a los cuales no se les puede dejar de recordar.

Al Ángel lo conocí circunstancialmente –la circunstancia y la heroína son el pan de cada día para un *tecato* en Hermosillo- recuerdo su rostro dibujando una sonrisa incrédula y segura de sí, mientras su compañero -alguien a quien llamó Uriel- luchaba por mantener la cara que escurría en el sudor del medio día, tan segura de que no pasa nada. Los párpados caídos, la voz arrastrada, el constante cabeceo, un rostro relajadamente triste y fino, agrietado por el sol.

Batallan para conseguir una *vaquera* para medio gramo o un *cuartito* que ya es ganancia; cada peso es bienvenido, pero... ¿un *tecato* sin tarjeta telefónica...? ¡Válgame Dios!... así que tuve que comprar una de treinta. De inmediato fuimos a la altura de la Camelia, me detuve para que el Ángel le llamara al *bueno*, fue cuestión de cinco minutos, después nos movimos a la Benavides que está en el López Portillo; ahí esperamos a un intermediario que no tenía fachada de *haipo*, traía un gramo empapelado con aluminio en la boca. Me lo entregó ensalivado simulando mirar interesado aquellos autos que pasaban... rápido le di un *tostón* enrollado y nos fuimos al *Parque Solidaridad*. El Ángel se dispuso a *preparar*, de repente me preguntó desconfiado si era *mula*, me pidió que no se la *hiciera gacha*, no era esa mi intención y quise hacérselo saber. Por fin accedió, pero no sin antes aplicarme la prueba de fuego... preparó casi un cuarto de gramo y yo que andaba *limpio* vomité todo lo que pude haber comido ese día, terminé en cama con una *pálida* y excusando una deshidratación, por dentro temiéndole al placer, temiendo cerrar los ojos y luchando por mantenerlos abiertos, la faena del día terminaba así.

Aunque no volví el día acordado, volví a encontrarme con Ángel, solo que ahora por medio de la Bruma. La Bruma siempre se quejaba de dolores, por eso nadie le hacía caso ya. Todos contaban anécdotas de ella, le decían en tono burlón “Chimoltrufia”, nadie negaba que tenía cierto parecido

en lo *huila* y en su pelo descuidado, algunos cuentan que se echaba piedritas al cabello como si fuesen piojos para entretenerse mientras esperaba al *bueno*. Otros comentan que se subía a los camiones a pedir limosna hasta que la gente se hartó del mismo cuento, dicen que era bueno el performance que se aventaba, había desde lágrimas hasta jalones de pelo, toda una catarsis y aunque fuese verdad lo que decía en el discurso sobre sus tres hijos, y su cuerpo roto y hambriento, toda la ganancia la destinaba a la *chiva*. Dicen que hacía fortuna retozando de alegría con su gramo o sus papeles, - “eso si, nunca te deja abajo...” - decían teniéndole compasión más que agradecimiento.

El día que la encontré me llevó a casa del Ángel, llegamos a tocar la puerta y salió su madre; después me reclamó el Ángel que era una *placa* llegar con la Bruma a su casa, pues “parecía esperpento” y me delataba a mi tanto como a él. Sin embargo fuimos los tres a conseguir la carga, ambos competían por merecer mi atención como si de ello dependiera el reparto, finalmente yo era quien llevaba el dinero y solía retribuirles el favor. La Bruma siempre aparecía con una nueva desgracia, un día llegó rengueando, *quesque* la había atropellado un coche, otro día contó que se había peleado con unos policías que se quisieron *pasar de lanza* con ella. Según no traía bronca, por eso no se la llevaron. El Araña, su hermano, a veces llegaba contando que la Bruma no se podía inyectar *teniendo todo el rancho dispuesto*, duraba minutos intentando perforarse una vena que ya no era la misma desde hacía mucho: “...allá se quedó en la casa llorando...”

El Ángel es escorpión, un día lo invité a una fiesta y me contaba que no acostumbraba tomar cerveza, sin embargo estuvimos ahí. Se empinó el último trago de su botella y se quitó la camisa, todos los presentes se quedaron estupefactos, tenía un escorpión en el pecho que le abarcaba gran parte, las marcas no eran tan evidentes, sabía como cuidarse de mostrar las *tracas*, se pinchaba en las muñecas o en los tobillos.

El Pío reapareció en escena después de haber permanecido ocho meses encerrado por haber golpeado a un guardia de Ley. La vez que platicué con él me contó como le había hecho para

alivianarse de la *malilla* en la peni: "...me tomaba unas cinco *rivotriles* diarias... como al mes vine a dormir bien... y le juré a San Judas que no lo volvería a hacer y lo primero que hice saliendo... en vez de conseguirme una *ruca*... fue conseguir esta madre..." Encontré al Pío un día que ambos esperábamos que llegara el Ñengo de conectar con el Tereso, nos sentamos a platicar en la banqueta, se veía repuesto, aunque había estado en la *grande*. Pronto llegó el Ñengo y nos cruzamos la calle hacia el terreno donde ahora es el Centro de Convenciones, ahí había un cuartito en ruinas a donde se iba todo el escuadrón de locos y alguno que otro desbalagado. En esos entonces el Ñengo no se *fletaba*, se la fumaba y todos le hacían alharaca cuando la quemaba, decían que era un desperdicio no fletártela por la *venavides*. De todas maneras el Ñengo siempre tuvo dinero hasta que en verdad comenzó a *fletársela*. Llegamos al lugar en ruinas, con escombros y basura por doquier, jeringas viejas y quemadas por el sol, latas de refresco, colillas de cigarro, bolsas de plástico, excremento, y ropa interior. El Pío de inmediato se puso en cuclillas justo donde había un bote de aluminio aplastado, recortó la lámina por la parte de abajo dejando el fondo como una cuchara, en el *cacharro* vació la *carga* y sesenta *líneas* de agua, treinta para él y treinta para mí. Cada quien sacó su *cuete* y con un pedazo de filtro de cigarro suplantamos al algodón. El Pío se fletaba en la muñeca sin necesidad del torniquete, cuestión de venas, sin embargo yo tenía que aventarme el *pancho de sacarme el cinto en la lotería* para el torniquete. Para entonces el Ñengo que ya había fumado su *carga*, ya estaba cabeceando y escurriendo saliva como ido en un trance de sueño machacón. Después nos quedamos en silencio pensando. El Pío se incorporó y guardó su jeringa de nuevo en el bote de plástico que halló tirado, después ese bote lo echó a una bolsa de mandado y la amarró, por un momento pensé que la llevaría consigo para arrojarla a la basura, pero la dejó bajo un mezquite que crecía saliendo del picadero. Nadie le tomaría importancia a una bolsa con basura. Eso le permitía andar sin cargar con bronca. Cuando vuelva otra vez al lugar ya tendrá su *cuete*.

Dicen que el Pío se fue a los Estados Unidos, desde ese día no lo volví a ver más. Es fácil conocer a los demás *haipos*, todos se comparten la incertidumbre del día de mañana y la certeza de la belleza del momento. No hay otra explicación a lo que viene del "pico rabioso" a la vena. De esta

manera conocí al Meño, siempre usaba una gorra que le ocultaba hasta las cejas, era una persona tostada por el sol y curtido por la tierra, sucio y con apariencia de no tener juicio, sin embargo era uno de los más despiertos, era de los pocos que subían el cerro de la Pedernal a conectar directamente con el *bueno*. Me hizo el favor un par de veces y después accedió a conectarme. Era costumbre llevarse a la boca la mercancía por eso de las revisiones, y si te tocaba algún cateo debías tragártela, para volverla después. Así nos salvamos de que nos llevaran los *mulas* una vez; el Meño se llevó la *merca* a la boca, de suerte no sospecharon. Fue cuando el *mula* revisó la gorra del Meño que supe que tenía un tatuaje en la frente y por eso el estilo de portarla, quizás para evitar una marca más, además de los pinchazos en los brazos. Eso sí, nunca pude distinguir que era lo que decía su tatuaje pintero, su piel estaba renegrida por el sol como para aclarar letras tan verde olivo. Quedamos de vernos al día siguiente en el Oxxo de siempre, tempranito como de costumbre.

El barrio de la Pedernal está plagada de *malandros*, aunque muy temprano es probable que estén durmiendo. En plena falda del cerro fuimos atravesando el terreno de los perros hasta llegar al traspatio de la casa del *bueno*, ahí nos esperaba un hombre de unos cuarenta años, vestía estilo vaquero y su temperamento parecía agradable. Sabía que el Meño iría acompañado. Después el protocolo: antigüedad en el vicio, nombre y un apretón de manos. Bajamos con gramo y medio y partimos el pastel en una acera cruzando la avenida. El Meño sabía que esa sería la última vez que le pediría el favor, sin embargo reaccionó contrario a lo que supuse, lo imaginaba demandando más de la cuenta cosa que no sucedió. Cada quien se marchó por su lado.

Nunca se puede estar seguro del *conecte*, aun así hayas tenido el gusto de conocer al *bueno*. Tendrás que amoldarte al capricho de él, esperar a que encienda su celular, esperar a que atienda sus quehaceres, tendrás que depender de él antes que de la sustancia misma, algunos no pueden reprimir su furia y terminan por reclamarle, otros le llevan el dinero incompleto o pura *morralla* que sacaron del *talón*. El otro día, el Ñengo me contó de cuando era *bueno*, yo lo conocí ya cuando decaía su ministerio, nos citábamos en el Ley Cárdenas para hacer el *bisnes*; puro papelito

reventaba, a duras penas lograba sacarle cuatro por ciento cincuenta. Me contaba de cuando trabajó en un supermercado en Santa Fé, ahí aparte de abarrotes, se dedicaba al robo dentro de la misma tienda, todas se las fueron perdonando, hasta que no solo mercancía quiso llevarse, una cámara lo estaba grabando *bolseando* en los estantes de sus compañeros. Pasó dos años en la cárcel del condado, también perseguía al dragón en ese entonces, aunque cuenta que la *malilla* nunca le duró más de cuatro o cinco días. Por eso el Ñengo era el único de la bola que sabía hablar inglés.

Cuando no se hacía con el Ñengo, nos íbamos a la Segunda, ahí estaban más *piojos* los papeles, pero siempre era seguro por las tardes. En esa casa vivían puros hermanos, el mayor era el Huilo y tenía veintiséis, después le seguían el Paco, el Juan y el menor de ocho años. El Huilo como mayor imponía las reglas. El menor, que tenía labio leporino, no dejaba de gritar, ni de *pasar báscula* a quien llegara. El Huilo agotaba la paciencia y terminaba por darle tremenda tunda. La casa tenía un boquete en el traspatio que daba a un terreno baldío, a veces cuando les tronaba el changarro, se daban a la fuga los dos mayores por ese hueco. Siempre pensamos que eran hijos de algún *macizo* que terminó por abandonarlos, era una *placota* ir a esa casa, siempre estaban los vecinos con la poltrona meciéndose. Cuando al Huilo le faltaba la *carga*, nos mandaba al Chito que vivía a la siguiente cuadra. El Chito también tenía puros papelitos, pero si no se los terminaba metiendo te los quería vender más *caciques*. Aunque su madre lo negaba cada vez que alguien lo iba a buscar, los *tecatos* que le compraban no se iban del lugar, se quedaban en la esquina *haciendo zanja*, por eso terminó por *reventarle*. Tuvo que salir huyendo.

La Ñora si que estaba conectada, se daba el lujo de vender en la calle y a domicilio; aquél que le llamaba era atendido, claro, siempre y cuando estuviera conectado. Lo único que si pude constatar es que era la peor *merca* que *rolaba* en Hermosillo, siempre desparramándose en el plástico, muy aguada y espumosa al diluirla. Su *merca* hacía burbuja como el café con leche cuando lo bates. El negocio se efectuaba en el interior de su coche una vez que te recogía agarraba el primer rumbo y terminaba bajándote en lugares desconocidos y con bronca encima. La Ñora tenía sus fieles

seguidores, todos ellos jóvenes y principiantes. Algún que otro experimentado *erizo* le llamaba por teléfono cuando de plano los *buenos* le quedaban mal.

Raro era que al Javi le quedara mal un *bueno*, por eso le seguían el Jarocho y el Pelón. Finalmente el Javi conocía de pies a cabeza el negocio, a la mayoría de los *tecatos* y de los *buenos*. Javi siempre esperaba a reunir a tres o cuatro *haipos* para completar el gramo o el medio. Un día nos encontramos a las afueras de una primaria que está en la Olivares, había alrededor de quince *tecatos* esperando a que la Ñora llevara a su hijo a clases. Al llegar el Javi todos se abalanzaron sobre él preguntando si traía *merca*; que llegara a vender aunque sea *un cincuenta* ya decía mucho de él, pero esta vez no traía nada, así que *a la sorda* nos ofreció conectarnos con alguien que acababa de hacerse *bueno*. El Pelón traía una bicicleta y sin dudarlo la subió a la parte trasera del coche y nos fuimos detrás del *necte*, el carro se abalanzaba en cada alto, en cada semáforo, pisaba el acelerador como si fuese por herencia. De pronto frena el coche frente a un teléfono público y pide su respectivo "*litro de pintura vinílica*", entonces el Pelón se había bajado a responder una llamada caprichosa de su exmujer que insistía tanto, no quería que nos enteráramos de su vida personal y se alejó, el Javi acordó con el *bueno* el lugar de la *trácala* y nos fuimos olvidando al Pelón pero cargando con su bicicleta. Llegamos a un callejón que está cerca del VH Bachoco, esperamos media hora mientras el Javi iba y venía, se sentaba y se levantaba, cualquiera sospecharía que ardía en fiebre. Por fin llegó el intermediario acompañado de una mujer a la que abrazaba constantemente como si acabara de conocer al amor de su vida. Nos retiramos como llegamos, a ochenta kilómetros por hora en pleno bulevar hasta una farmacia donde se compró una sola jeringa con la cual se picarían los tres, el Javi, el Jarocho y alguien a quien llamaban Igor. Prepararon su *merca* después de partirla y darme lo que me correspondía. El primero en fletarse fue el Javi, sin necesidad de torniquete como todo un *haipo* consagrado, tenía una cicatriz coloide en su antebrazo donde insertaba la jeringuilla; más que una vena, parecía un gusano surcando la piel. Después le seguía el Jarocho, sin batallar y después el tal Igor que se pinchaba en la yugular con la ayuda de los dos quienes parecían someterlo a martirio apretando su cuello para saltar la vena. Una vez todos *curados*, el Javi volvía en sí, bajaba la velocidad y

cambiaba el timbre de su voz, nos llevaba al mismo lugar donde nos había recogido. Mientras tanto, el Igor que se había quedado con la jeringa se disponía a limpiarla de sangre o residuo. Escupía en la palma de su mano y succionaba con el embolo la saliva para enjuagar el interior de la jeringa. Al llegar al mismo lugar donde nos encontramos, tuvimos que soportar la furia del Pelón que maldecía al Javi culpándolo de su fracaso.

El Javi contaba que a su casa llegaban *tecatos* a punto de la histeria retorciéndose y rogando por cinco líneas o un algodón, con una sonrisa excusaba que nada podía hacer, pues repetía - nunca supe si con saña o con la sinceridad a flor de piel- que primero era él, después él y luego él. De todas maneras nadie dejaba de tener esperanzas cuando escaseaba la *chiva*, el Javi terminaba recetándote una *Alprazolam*® de aquellas que le habían dado en el Nava cuando se internó.

Cierto día en que visité la Valderrama buscando una vez más a mis informantes, apareció el Araña, traía consigo un shampoo, un desodorante y jabones que había sacado del Ley de la Mendoza, tenía la idea de vendérselos a alguien, o cambiárselo al bueno por *merca*, a veces le resultaba. Mientras esperábamos, comenzó a hablar de la *pinta*, de cómo ya antes lo habían agarrado por robo en otro súper. Contaba que le tocó pasar una *malilla* de doce días en un pabellón donde esperaban sentencia unos cuantos: "...ni madre que te quedas *vallendo jerga* en el suelo... te levantas porque te levantas... si te quedas tirado en el suelo... por ahí pasa todo el ganado... te escupen, te *mean* y te patean..."

El Ángel me presentó con el Martín, él Martín me apadrinó cuando cayó el Ángel a la *pinta*. El *morro* era de la Buenos Aires y aunque tenía "buenos modales", no dejaba de ser un *malandro*. Se discutía con la albañilería, pero era difícil que durara en los trabajos que llegaba a conseguir. Vivía con sus hermanos en un local para piñatas, ellos lo cuidaban y lo atendían, el cuñado les pagaba su respectiva cuota. Las últimas veces que pude verlo, estaba meditabundo, irritado y siempre *malilla*, *fildeando* cinco, diez, veinte pesos para una *cura*. Ya todos le sacaba la vuelta. El Abogado había caído, el Tereso tuvo que darse a la fuga, los demás buenos ya andaban *cabreados* y solo

se hacía por teléfono, así que solo unos cuantos podían conectar, con ese desmadre se hizo un *cagadero* de robos, abusos y engaños, los *tecatos* se volvían locos.

Tuve que regresar a *hacerle la llorona* a la *ruca* del Tereso, todos le caían pensando que seguro había dejado el *clavo* escondido. Aunque les habían cateado la casa, el Tereso debió de haber *clavado* la carga en algún rincón... y así fue. La *ruca* del Tereso se convirtió en la reina del sur, en la madre Teresa de unos pocos, ya luego fue *desafinando* raza hasta que quedamos el Viejito y yo. Ahí comenzó el desmadre. La *ruca* era bien desconfiada y la *armaba de emoción* cada vez que *le caían a conectar*. Finalmente le dio gas al Viejito por *placoso* y se quedó vendiéndome solo a mí. Así estuve comprándole un gramo cada tercer día por seis meses hasta que pasó lo que tenía que pasar.

Glosario:

Pistas que ayudan a comprender mejor el relato. No necesariamente refieren lo citado; dependiendo pues siempre del contexto.

A la sorda: en privado, ocultar, sin llamar la atención

Armarla de emoción: hacer *pancho*, escandalizar, desafiar, enojarse

Balas: años (en la cárcel)

Bisnes: (rel. *business*), negocio, acuerdo

Bolsear: robar, esculcar, *pasar báscula*

Bueno: *dealer*, vendedor

Cabreado: asustado, enojado

Cacique: escaso, poco

Cacharro: cuchara, latón, hojalata, donde se prepara la dosis

Caerle: visitar, *rel.* ir

Cagadero: caos, desastre

Carga: dosis, heroína

Clavar: guardar, esconder

Clavo: reserva, dosis, mercancía

Cuartito: 250 mg

Cura: dosis, heroína

Curados: dopados, drogados

Chiva: heroína

Debraye: fiesta, *desmadre*, *loquera*

Desafanarse: deslindarse de algo

En la gritona: haciendo escándalo

Erizo: *malilla*, con el síndrome de supresión

Erre: jeringa

Fildeando: *taloneando*, chantaje, buscando, *fildeando al bueno* = esperando al vendedor

Fletarse: inyectarse

Hacerla gacha: traicionar, echar a perder algo

Haipo: usuario de heroína

Huila(o): persona delgada

La grande: Cárcel

Limpio: no usuario, desintoxicado

Líneas: mililitros en la jeringa

Locos: usuarios de drogas

Loquera: droga, drogarse, *le gusta la loquera* = le gustan las drogas, *debraye*

Macizo: *dealer*, vendedor, influyente

Malandro: cholo, asaltante

Malilla: supresión, ansioso

Mear: orinar

Merca: dosis, heroína

Morralla: monedas

Morro: individuo, joven

Mulas: policías

Nécte: (rel. *nectar*) lugar a donde se acude a comprar drogas, vendedor, *dealer*

Pálida: presión baja, malestar a causa de falta o sobredosis de heroína

Pancho: faramalla, *hacer el pancho* = escandalizar, llamar la atención

Pasar báscula: revisar, esculcar

Pasar de lanza: pasársele la mano

Peni: penitenciaría, cárcel

Pinta: cárcel

Piojo: pequeño, escaso, casi nada

Placa: facha, evidencia, estigma, llamativo

Ponerle: usar drogas; *rel. ponerle a las drogas*

Preparar: *rel.* Preparar la dosis

Quesos: pastillas, psicotrópicos, etc.

Reventar: echar a perder, cateo judicial, *le reventó el changarro:* se le vino abajo el negocio.

Rolar: dar, pasar, regalar

Ruca: señora, mujer

Talón: (*talnear*), pedir, conseguir, *anda en el talón* = anda consiguiendo dinero

Tecato: Usuario de heroína

Teniendo todo el rancho dispuesto: (frase) teniendo lo que se quiere, teniendo listo el *kit* para inyectarse

Tostón: \$50, \$500

Trácala: acuerdo, transa, negocio, intercambio

Tracas: cicatrices (de pinchazos en la vena)

Un cincuenta: dosis mínima en venta

Un litro de pintura vinílica: un gramo de heroína

Vaquera: reunir dinero

Venavides: venas

Anexo 2. La presentación de la “hospitalidad” en el CHMCNM

10:00 am

En el centro cualquiera llama la atención, la sola presencia de un hombre que lleva a costas su fraguada libertad, su largo camino lleno de anhelo y de incertidumbre; o bien aquella mujer que en su plegaria ruega en la Unidad de Terapia Intensiva a quien no puede comprender la pena de tener un hijo menor en la cárcel, finalmente encuentra como depositario a quien prosa estas líneas.

Cada quien se acerca a la taquilla de indiferencia; peros y sin embargos sobran, también rostros desencajados después de la resaca de no saber ser padres ni madres de tales hijos malagradecidos que retozan en el hervor de su crystal. Mientras, como si se tratara de evidenciar las atenciones, terapeutas y trabajadores sociales incitan a la primera palabra que se habrá de convertir en la pequeña sinopsis de una vida de tantas.

Sin embargo, lo único que se antepone ante la trabajadora social y el cliente, es una burda vitrina que “unos cuantos” palpan tratando de buscar una salida -o una entrada que en este caso da igual. Las personas se forman en hilera, cada uno escucha la confesión del de enfrente, entre los comentarios más recurrentes se escuchan problemas de a montón, divorcios, rebeldías, violencia, divinidades, maldiciones.

Las opciones ofrecidas para el internamiento se diferencian en trámite directo con la institución y trámite de referencia y contrarreferencia interinstitucional, sin embargo, las explicaciones sobre el proceso más que despejar dudas dan lugar a ellas pues por más preguntas que se hagan no habrá de “quedar claro” y la paciencia también se agota para los servidores detrás del escritorio.

La gente sigue rondando por los pasillos, cada uno con su historia en la punta de la lengua: algún enfermero sonriente e indiferente a lo que acontece, mientras tanto dentro de algún consultorio el

médico que determina en su argot de sánscrito el diagnóstico, ante la mirada de alguien que no desea escuchar explicaciones sobre receptores Mu.

Un joven acompaña a sus padres incrédulo de lo que está a punto de suceder se prepara para su experiencia “rehabilitadora”, en sus manos lleva unas sandalias, algunas bolsas de dulces y el uniforme de todo residente. Él se detiene ante un cartel que informa sobre los derechos del paciente, en sus ojos se refleja la incertidumbre, cómo es posible que se reitere lo implícito. Mientras tanto los padres continúan solventando sus dudas con el Dr. Corazón. Ante el llamado de la enfermera, el joven se despidió de los padres con abrazos y consejos, y los padres aguardan hasta que la puerta del pabellón se cierra. No se verán hasta pasadas dos semanas.

18:00 pm

Entradas las seis de la tarde, los jóvenes “penitentes” que acuden a terapia grupal comienzan a ocupar la sala de espera, como si hubiese que aguardar al próximo y último compañero que no termina de llegar para comenzar la sesión.

Mi rostro al no parecerles familiar provoca cierta curiosidad que con disimulo no dejan aflorar del todo, siempre con un dejo de arrogancia y de pena. Algunos acuden por su “ayuda” por el mero afán y requisito de falsear la hipótesis del antidoping cumplidos los treinta y cinco días, otros impulsados por una búsqueda incierta. Cada cual con su agenda en el bolsillo dispuesta a la firma que acredita su asistencia.

El grupo consta de nueve personas de distintas condiciones, pronto comienza la terapeuta imprimiendo la “poderosa” que los jóvenes exigen desde algún rincón entelarañado de sus derechos.

La sesión comienza con un largo silencio, todos debemos pensar en tal o cual problema para exponerlo en la curul y recibir una sola pregunta –no más- por cada asistente simulando de pronto una especie de *talk show*.

Solo uno será el orador, tal compromiso se deja al criterio no consensuado del grupo. Terminada la sesión cada cual se dispone a marcharse, tanto comentario extra reprimido por la terapeuta, para la cual los asistentes no dejan de ser los adictos de siempre, aflora en las afueras de la instalación, como si esa fuera la real terapia.

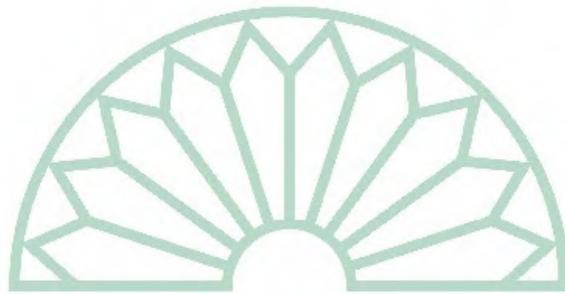
- Algún problema que te aqueje, algo que nos quieras contar...-

Samuel, es un joven que desertó del tratamiento por pleito con otro residente, comenta que aun no puede conciliar el sueño y se pone ansioso por las tardes. Samuel es usuario cocaína y no recibe tratamiento ambulatorio. Frida le recomienda que consulte al Dr. Simonet, pero Samuel no tiene cita sino hasta “el mes que entra”... ¡Y él necesita tratamiento!... y las prioridades no existen. Tendrá que ir con un particular, después no sabremos cual será su destino.

El “viejo choro” en su participación comienza a sugerir no dejar de asistir a la terapia. El “viejo choro” es un joven que está luchando por laurearse como judicial, -antes debo dejar de drogarme- comenta, -...por eso no debe faltarme ninguna firma... mi tabique está *jodido* por la coca... me creía teléfono... ya hasta la tarjeta me quería meter por la nariz-, testigo es el timbre de su voz.

Prosigue tras muros la plática, ahora si con intercambio de palabras. Los que más hablan son aquellos que desean rescatarse del desempleo, aquellos que tienen más firmas en su boleta que acreditan su asistencia, aquellos que le deben algo a la PGR... los demás permanecen en su letargia, como si se perdieran en un pensamiento que se eleva como una burbuja para después estallar.

Se comenta de lo rapaz que llega a ser Frida, de lo “aliviado” que es el Dr. Simonet... del precio del camarón y del incendio que cobró la vida de tres. “¿Mañana será otro día igual?”.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Anexo 3. Seguimiento hemerográfico y de web.

“Repartirán paquetes en los “picaderos”. Entregará Salud jeringas a adictos”. El Imparcial. 19 de agosto de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

Para evitar que la epidemia del sida se propague más entre adictos a drogas intravenosas por el intercambio de jeringas, la Secretaría de Salud los dotará de paquetes sanitarios especiales para reducir el riesgo de contagio. Paquetes con jeringa, condón, alcohol, cloro, agua inyectable y un folleto explicativo serán distribuidos en los “picaderos” por personal de salud que además buscará adeptos para programas de rehabilitación. El programa de la Dirección de Servicios de Salud a la Comunidad será aplicado a fines de año luego que concluya el costeo de los paquetes; las ciudades de inicio serían las fronterizas como Nogales y San Luis Río Colorado, y municipios grandes como Hermosillo y Cajeme. Sonora será el tercer Estado de la República en operar el programa que ha tenido éxito en Baja California y en Chihuahua para contener la llamada epidemia del siglo XX. Andrés Ernesto Corrales Rascón, director del Centro de Información para la Salud, estableció que en Sonora el sida está concentrado en hombres y el medio urbano, y la vía principal de contagio es la sexual. Pero la transmisión vía sanguínea por compartir jeringas está cobrando importancia en tanto aumenta el consumo de la heroína en la frontera y se introduce la variedad inyectable de la cocaína y el “crystal”. En un estudio sobre prácticas de riesgo en usuarios de drogas intravenosas realizado en 2003, en Baja California, Chihuahua, Tamaulipas y Sonora, se detectó un alto uso compartido de agujas y poca limpieza. De las ciudades estudiadas, Nogales tuvo el menor índice de limpieza de jeringas con apenas el 17% de los usuarios estudiados y un uso compartido de agujas del 73%. De 1986, año en que inició el diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, a junio de este año, en el Estado son 114 los usuarios de drogas intravenosas que se han contagiado del VIH. La infección no necesariamente ocurre al compartir agujas, expuso el médico, las drogas afectan el comportamiento de las personas y suelen llevarlos a sostener relaciones sexuales de riesgo. Además se dan casos de personas que en su desesperación por drogarse “rentan” jeringas a cambio de sexo. Irán a “picaderos” El personal de salud se introducirá en puntos de reunión de personas adictas para hablarles del programa, les propondrán un intercambio de jeringas usadas por nuevas. En los paquetes se ofrece cloro y un folleto explicativo del procedimiento para limpiar las jeringas En México, el programa se introdujo en el año 2003 luego que la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas avalaran el sistema.

“Dar jeringas no aumenta adicción: Ortiz”. El Imparcial. 19 de agosto de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

La dotación de jeringas a personas dependientes de drogas intravenosas es una estrategia probada en diversas partes del mundo para reducir los contagios de sida y que no promueve las adicciones, señaló Rosa María Ortiz Encinas, directora de Centros de Integración Juvenil (CIJ). La Secretaría de Salud iniciará a fines de año un programa de reducción de daño en personas adictas a drogas que se aplican por la vía intravenosa a través de la dotación e intercambio de paquetes consistentes en jeringa, condón, alcohol, agua inyectable y cloro. Las personas adictas a drogas intravenosas como la heroína, y “crystal” y cocaína en sus variedades inyectables, suelen compartir agujas, usar agua sucia e incluso usar fichas para preparar las sustancias. Ortiz Encinas comentó que es entendible que el programa sea criticado por algunos sectores de la sociedad, pero tiene fundamentos muy claros. El objetivo finalmente es evitar que esas personas contraigan enfermedades graves como el síndrome de inmunodeficiencia humana y la hepatitis C, captarlos para que acudan a los servicios de salud y tratar de convencerlos para que ingresen a tratamientos para superar la adicción. No hay que olvidar, añadió, que el adicto es una persona enferma que no quiere rehabilitarse, que su cuerpo está deteriorándose, el programa de reducción de daño busca esencialmente disminuir el daño a esas personas. Centros de Integración Juvenil que es una asociación no gubernamental dedicada a combatir las adicciones opera en Ciudad Juárez, Chihuahua, una Clínica de Metadona que es otra de las estrategias que se han utilizado para deducir el daño a las personas adictas a drogas intravenosas. Ortiz Encinas informó que la Metadona se suministra en dosis terapéuticas para ir alejando a la persona de su adicción a drogas. La Metadona es una sustancia sintética derivada del opio controlada por las autoridades sanitarias que se utiliza en programas especiales para el tratamiento de la dependencia a la heroína. Neutraliza la euforia de la heroína y evita la aparición del síndrome de abstinencia.

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

“En programa para adictos. Avalan dar jeringas a personas adictas. Buscan reducir contagios como el sida, hepatitis y otras enfermedades.”

Por Luz B. Arredondo. El Imparcial. Hermosillo, Sonora, México a 19 de Agosto de 2005.

Intercambiar jeringas con adictos es una estrategia probada en diversos países para reducir los contagios de sida, que no fomenta las adicciones, señaló Rosa María Ortiz Encinas. La directora de Centros de Integración Juvenil Hermosillo (CIJ) destacó que el proyecto de la Secretaría de Salud de dotar jeringas nuevas y un paquete de higiene a los usuarios de drogas intravenosas tiene un fin humanitario. Son personas adictas que generalmente no desean rehabilitarse, comentó, entonces se les ofrecen jeringas para evitar que se contagien de sida o hepatitis C al

compartirlas con otras gentes. Son personas adictas que generalmente no desean rehabilitarse, comentó, entonces se les ofrecen jeringas para evitar que se contagien de sida o hepatitis C al compartirlas con otras gentes. Es comprensible que el programa resulte difícil de entender para algunas personas, pero tiene un fundamento claro y es frenar el deterioro de la salud de los adictos y proteger al resto de la población.

Contra la adicción

El objetivo finalmente es evitar que esas personas contraigan enfermedades graves, captarlos para que acudan a los servicios de salud y tratar de convencerlos para que ingresen a tratamientos contra la adicción, dijo. En España se logró contener el avance del sida a través de programas de reducción del daño, apuntó Ortiz Encinas, también hay estrategias como el suministro de dosis terapéuticas de metadona para sustituir la heroína. La metadona es una sustancia sintética derivada del opio que se utiliza en programas especiales para el tratamiento de la dependencia a la heroína, ese sistema se aplica en México en clínicas privadas y en el sector público sólo en Centros de Integración Juvenil de Ciudad Juárez, Chihuahua.

“Del Crreda. Fomenta vicio, afirma Chávez”.

Por Román Perea. El Imparcial. 19 de agosto de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

“Es más fácil ahora ser drogadicto si no tienes la necesidad de comprar jeringas”, expresó Adalberto Chávez Cruz, encargado del Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Drogadicción y Alcoholismo (Crreda). “Pero por la cuestión de las epidemias es muy bueno”, agregó sobre la medida de la Secretaría de Salud de regalar jeringas a los adictos a sustancias intravenosas.

Enfermedades como la hepatitis, tuberculosis y el VIH no podrán propagarse al evitar las jeringas compartidas entre los adictos. Actualmente los heroinómanos no tienen dificultad para adquirir jeringas en las farmacias, según el entrevistado.

Respaldan entrega de jeringas. Aprueban ONG el plan de Salud. El programa contribuirá a reducir los casos de contagio de sida entre adictos, explican.

Por Shaila Rosagel y Alfonso López. El Imparcial. 20 de agosto de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

Los líderes de Organismos No Gubernamentales (ONG) tomaron como positivo el programa de la Secretaría de Salud de repartir jeringas a los adictos que se inyectan heroína y otras sustancias. “Ya se había estado esperando desde hace tiempo porque en otros estados como Baja California ya se realiza”, señaló Luis Alberto Sandoval García, director del Grupo de Acción Comunitaria Contra el Sida. Ayer se publicó que para evitar que la epidemia del sida se propague entre adictos a drogas intravenosas, el Estado los dotará de paquetes especiales para disminuir el riesgo de contagio.

Este programa será aplicado a finales de año en ciudades como Nogales, San Luis Río Colorado, Hermosillo y Ciudad Obregón. Sonora será el tercer Estado en operar este programa desde su inicio en México desde el año 2003, cuando la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas avalaran el sistema. Aunque ningún funcionario de la Secretaría de Salud le puso al tanto de este programa, el cual fue una sorpresa, Sandoval García espera pronto conocer a detalle su metodología. “Nosotros somos la única asociación de la sociedad civil que se encarga de la prevención contra el sida y no nos han enterado de nada, pero estaremos atentos a ver el programa y sus resultados”, dijo. Para Guadalupe Velarde González, directora del Frente Sonorense Contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Frensovih), también es una decisión acertada.

“Me parece muy bien porque muchas personas que son adictas, no saben de las ayudas que pueden tener”, indicó. Para integrantes de agrupaciones de rehabilitación como Jóvenes Hermosillo, este programa es adecuado, siempre y cuando se les informe a los adictos sobre las consecuencias de usar drogas y jeringas. “El dar la jeringa es un medio preventivo, pero además decirles las consecuencias de las drogas, eso es lo importante”, manifestó el miembro anónimo.

Sin solicitud

Seguridad Pública Municipal no ha recibido una solicitud de la Secretaría de Salud para apoyar el trabajo de intercambio de paquetes sanitarios en lugares de drogadicción en la ciudad. Aunque las autoridades estatales pretenden llegar a los “picaderos” con jeringas, condones, alcohol, agua inyectable y folletería, aún no busca de manera formal la coordinación con la corporación policíaca. Luis Alberto Campa Lastra, jefe de la Policía local, indicó que será la Secretaría de Salud la instancia que decidirá cómo hacer su trabajo y planteará las estrategias para ubicar esos lugares de vicio. Refirió que los puntos donde se juntan viciosos están esparcidos por toda la ciudad y que en muchas colonias están a la vista de los vecinos.

Otras noticias contextuales relacionadas con el consumo de heroína.

“Fallece hombre por sobredosis”. Por Cuitláhuac Quintero C. El Imparcial, 31 de enero de 2006. Hermosillo, sonora, México.

En menos de 90 minutos, un joven de 24 años murió a causa de una sobredosis y otro de 18 años fue trasladado de urgencias al Hospital General del Estado (HGE) por el mismo motivo. Al parecer fue heroína la que consumió el joven en el primer caso, ya que a su lado se encontró una jeringa y una cuchara que aparentemente usó al consumir la droga. Debido a la gravedad en que fue encontrado por familiares, fue llevado de emergencia al Centro Médico Ignacio Chávez, donde murió aproximadamente a las 14:00 horas de ayer. Y cerca de las 15:20 horas, vecinos de una colonia al Norte de Hermosillo trasladaron a un joven de 18 años al HGE por intoxicación de droga, aunque al parecer trató de suicidarse. Su estado fue reportado como grave.

“Ocultaba en senos paquete de heroína”. El imparcial, 12 de agosto de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

Redacción (PH)

El nerviosismo delató a Dora Hernández Vargas, de 37 años, quien ocultaba medio kilo de heroína entre sus senos cuando viajaba en un camión de pasajeros. Una llamada anónima alertó al personal de la Procuraduría General de la República (PGR) en Caborca y con el aseguramiento impidieron por lo menos mil dosis de la droga. La mujer, originaria de Nayarit, venía procedente de Ciudad Madera, Chihuahua y tenía como destino San Luis Río Colorado, Sonora, pero ya no siguió con su travesía. Dora Hernández traía a la altura de los senos dos paquetes con 500 gramos de heroína, luego de la revisión que se hizo en Avenida N y calle Internacional de Caborca.

“Aseguran heroína gracias a un cateo”. Por Omán A. Nevárez. onevarez@elimparcial.com El Imparcial, 19 de octubre de 2005. Hermosillo, sonora, México.

Una cantidad de heroína suficiente para 300 dosis y 6 mil 770 pesos en efectivo fueron asegurados por agentes de la Policía Judicial del Estado (PJE) al momento de arrestar a dos “tiradores”. Los elementos comisionados al Departamento de Corrupción de Menores acudieron a las calles Cumpas y Reforma, donde reportaban a dos personas vendiendo droga. En esa esquina, de la colonia Lomas de Madrid, encontraron a Víctor Manuel Moroyoqui Castillo, “El Moroyoqui”, de 31 años, quien según la llamada anónima vendía la sustancia conocida como “chiva”.

Al hacerle una revisión corporal al sospechoso, se encontró que escondía entre sus ropas un envoltorio hecho de papel aluminio con heroína. El detenido aceptó dedicarse desde hace tiempo al “narcomenudeo” y que se la compraba a un sujeto que apodan “El Chapo” en el centro deportivo localizado en bulevar Solidaridad y Perimetral. Los agentes acudieron hasta el lugar señalado y arrestaron a José Ramón Recio Ayón, de 26 años, quien tenía en su poder tres envoltorios con la misma droga. Además se le halló una bolsa de plástico alrededor de 14 gramos de heroína y 6 mil 770 pesos en efectivo, producto de la venta de droga. Ambos detenidos, el dinero y la droga fueron turnados al Ministerio Público Federal para que enfrenten cargos por delitos contra la salud.

“Se han asegurado 75 kilos en lo que va del año. Utilizan a Sonora para llevar heroína”. Por Fidel Castro fcastro@elimparcial.com El Imparcial, 13 de octubre de 2005. Hermosillo, Sonora, México.

El 75% de los decomisos a nivel nacional se hicieron en este Estado, dice delegado de la PGR. Sonora es la principal vía de tráfico de heroína, por eso domina los decomisos nacionales con un 75% del volumen capturado este año. Aproximadamente en lo que va del año se han decomisado 75 kilos de la droga en el Estado, informó el delegado estatal de la Procuraduría General de la República (PGR), Francisco Camberos Hernández. Aunque no precisó el volumen restante decomisado en las 31 entidades del País, de acuerdo a su estimación, corresponderían 25 kilos. Indicó que la principal zona de consumo es la zona fronteriza y no precisó el número de dosis que se prepara por kilo del estupefaciente. “El número (de dosis) puede ser muy variado de acuerdo con el ingrediente con que se combine”, agregó. Sonora no es de los principales productores de amapola, que se utiliza para la elaboración de la heroína, donde sí se encuentran Sinaloa, Durango y Guerrero. Estimó que según sea el mercado y la condición de la droga, se llega a cotizar desde 40 mil dólares por kilo, hasta 100 mil dólares. De marihuana la PGR ha decomisado 251.9 toneladas en el año en el Estado, 233 kilogramos de efedrina, 517 unidades de sicotrópicos, 82 armas y 142 mil pesos asegurados, contra narcotraficantes a gran escala. En ese mismo contexto se detuvieron a mil 787 personas, de mil 506 operativos. Por el narcomenudeo se han hecho mil 457 cateos, dos mil 465 personas detenidas, con 6.902 toneladas aseguradas de marihuana, 391 kilos de metanfetaminas, 39 mil unidades de sicotrópicos, 106 armas y tres mil 400 cartuchos.

“Seguridad y Desarrollo. Sonora: Vórtice del crimen organizado”.

<http://vortice.empresarial.com.mx/pub/articulos.jsp?cve=3709&op=publicaci%C3%B3n>

Consultado en enero de 2006.

Por fin, el 2 de abril, el delegado de la PGR en Sonora Carlos Albert Herrera ofreció un informe de las "Metas presidenciales" en la lucha contra el narcotráfico.. Se refirió a 829 mandamientos ministeriales ejecutados en el 2004, a 4,767 en el 2003; a 966 averiguaciones en 2004 y 5,528 en 2003 (...)

”En Sonora. Aseguran una tonelada 505 kilos de marihuana y 18 kilos de cocaína”. México, D.F., a 24 de mayo de 2002 Boletín No. 462/02. Disponible en: <http://www.foros.gob.mx/read.php?f=50&i=12&t=6&v=t> Consultado en enero de 2006.

En cinco acciones realizadas por elementos de la Agencia Federal de Investigación, en el Estado de Sonora, se logró el aseguramiento de una tonelada 505 kilos de marihuana, 18 kilos de cocaína, un kilo 400 gramos de metanfetaminas, 550 gramos de heroína, cinco vehículos y fueron detenidas siete personas.

“En el marco del combate permanente al narcotráfico en todo el país. Asegura la PGR 21 kilos de heroína y más de tres toneladas y media de marihuana”. México, D. F., a 08 de junio de 2004 Boletín 563/04. Disponible en: <http://www.htm.pgr.gob.mx/cmsocial/bol04/jun/b56304.htm>

En Sonora, al dar cumplimiento a la orden de investigación número 1456/2004, derivada de una denuncia ciudadana sobre transporte de droga, personal de la AFI detuvo, a la altura del kilómetro 16+000 de la carretera internacional, frente al poblado de la Loma de Guamuchil, a Antonio Torres Hurtado, Felicitas Orozco Madrigal y a Víctor Manuel Murillo Cabrera, quienes tripulaban un vehículo marca Toyota Avalon, modelo 1996, color dorado, serie número 4T1BF12B1TU125500, con placas de circulación 5ADG917, del estado de California, Estados Unidos de América.

Ocultos en un compartimiento ubicado en el piso del vehículo, entre la cajuela y el asiento posterior, se encontraron 13 paquetes que contenían aproximadamente 21 kilogramos de heroína. La droga, los detenidos y el automóvil fueron puestos a disposición del agente del Ministerio Público de la Federación, quien inició la averiguación previa número 313/OZS-I/2004.

“En Sinaloa, Veracruz y Sonora. Destruyen tres sembradíos de marihuana, aseguran 10 kilos de "crystal" y casi dos kilos de heroína”. México, D. F., a 12 de marzo de 2004, Boletín 251/04. Disponible en: <http://www.ahm.pgr.gob.mx/cmsocial/bol04/mar/b25104.htm> Consultado en enero de 2006.

Por otra parte, cerca de dos kilogramos de heroína y 10 kilogramos de "crystal", fueron asegurados por elementos de la AFI en diferentes operativos realizados en el estado de Sonora, en los que también fueron detenidas seis personas en posesión de los mencionados estupefacientes.

El primero de estos aseguramientos se llevó a cabo en cumplimiento de la orden de investigación con número de oficio 412/2004 que dio como resultado la detención de Rita Elisa García Cerón, quien transportaba entre sus ropas un kilo de heroína.

Esta acción se realizó en el kilómetro 26+500 de la carretera internacional, en un autobús de la Línea "Elite", procedente de Tepic, Nayarit, con destino a Tijuana, Baja California. La droga y la detenida quedaron a disposición del agente del MPF iniciándose la averiguación previa 97/025-1/04.

También fueron aprehendidos Roberto Solorio Álvarez y Roberto Azcari Solorio Zúñiga, ambos conductores de un autobús de pasajeros de la línea Coordinados de Nayarit, quienes llevaban oculto en el camarote del vehículo un paquete de forma rectangular con 920 gramos de heroína. Con esta acción, ejecutada en el kilómetro 10+800 de la carretera internacional, bajo la coordinación del AMPF, se cumplimentó la orden de investigación 30/04, dentro de la averiguación previa 128/OZS/III/2004 iniciada por el representante de la Federación con sede en Ciudad Obregón. El autobús en que viajaban los implicados era marca DINA, modelo 1991, color blanco con número económico 31 y placas de circulación 595HM7 del Servicio Público Federal.

“Combaten con éxito narcomenudeo”. La voz del puerto. 18 de febrero de 2005. Disponible en: <http://www.lavozdelpuerto.com.mx/index.php?id=5211> Consultado en enero de 2006.

El delegado de la PGR en la entidad, Carlos Albert Herrera Flores, mencionó en conferencia de prensa que en los cateos para detectar la distribución al menudeo de estupefacientes se detuvo a mil 241 personas. Indicó que esas detenciones fueron en las ciudades de San Luis Río Colorado, Nogales, Agua Prieta, Caborca, Sonoyta, Hermosillo, Guaymas y Ciudad Obregón, entre otros. En esos operativos se decomisaron 4.8 millones de dosis de marihuana, 28 mil 300 de cocaína, 158 mil 200 de metanfetaminas, 146 mil 600 de heroína