



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Itinerarios de adversidad. Biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores de Tijuana, Cd. Juárez y Hermosillo, México

Tesis presentada por:
Angélica María Ospina Escobar

Para optar por el grado de
DOCTORA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Directores de tesis:
Dra. María del Rosario de Fátima Juárez Carcaño y Dr. Carlos Magis Rodríguez

Lectora: Dra. Ivonne Szasz Pianta



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Doctorado en Estudios de Población

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directores de tesis: Dra. María del Rosario de Fátima Juárez Carcaño
 Dr. Carlos Magis Rodríguez

Aprobada por el jurado examinador

Dra. María del Rosario de Fátima Juárez Carcaño _____

Dr. Carlos Magis Rodríguez _____

Dra. Ivonne Szasz Pianta _____

Dr. Juan Guillermo Figueroa Perea (suplente) _____

Ciudad de México

Noviembre, 2016

A Barush, quien además de presentarme a Hermosillo calle a calle, me enseñó que lo que mata no es el SIDA, sino la soledad, la indiferencia y el olvido.

A todas las personas usuarias de drogas que han muerto por la falta de acceso oportuno a servicios de salud y a sus familiares, quienes enfrentaron en soledad el drama del uso problemático de drogas de sus seres queridos.

En memoria de todas las personas que han muerto a causa de la guerra absurda contra las drogas y sus deudos, a quienes esta guerra los condenó a vivir su duelo en silencio y con vergüenza.

Agradecimientos

Muchas personas hicieron posible la realización de esta tesis. En primer lugar, agradezco a las personas usuarias de drogas en Hermosillo que me permitieron compartir su cotidianidad, aún cuando no entendieran muy bien lo que hacía en sus espacios. Gracias a los participantes de las entrevistas, quienes me abrieron su corazón, me compartieron sus experiencias de vida y me mostraron sus vulnerabilidades. Gracias a la Cachi y a doña Carmen, por permitirme entrar en sus hogares, por cuidarme, por confiarme sus infidencias y apaciguar los ánimos cuando fue necesario.

Gracias a mi comité de tesis, quienes me apoyaron y llenaron de buenas ideas en todo momento. Gracias al Dr. Carlos Magis, quien cuyo vasto conocimiento sobre el VIH, el uso de drogas inyectadas, el desarrollo institucional y de la disciplina epidemiológica, fueron fundamentales en la elaboración de los apartados contextuales y conceptuales de este documento. Gracias a la Dra. Fátima Juárez por su apoyo incondicional en mi empeño por salir a campo, por estar de mi lado en los momentos más difíciles de este proceso, por su claridad conceptual y metodológica que me guió para tener una investigación viable, coherente y centrada, gracias por su acompañamiento durante el trabajo de campo y su preocupación por mi bienestar, gracias por apoyarme en mi deseo de hacer la estancia en la UCSD que me enriqueció personal y profesionalmente. Gracias a la Dra. Ivonne Szasz por su acompañamiento amoroso, por su compromiso con mi bienestar emocional y el desarrollo del capítulo cualitativo, gracias por leerme una y otra vez, por guiarme en mis relaciones interpersonales, por su mirada política frente al tema, por abrazarme cuando más lo necesité. Gracias a la Dra. Martha Romero por acercarme al mundo del análisis narrativo y permitirme reflexionar sobre mi manera de comunicarme y presentarme en los escenarios académicos.

Gracias al Dr. Juan Guillermo Figueroa, por aceptar ser suplente del comité, por su acompañamiento en campo, especialmente en los momentos más oscuros de este, por brindarme un espacio para reflexionar sobre la ética, gracias por la confianza y estar siempre disponible y siempre, siempre tener un comentario acertado y divertido.

Gracias a la dirección del doctorado, a la Dra. Maria Eugenia Zavala por sus orientaciones metodológicas y su apoyo en las cuestiones administrativas. Gracias a Ale por hacer posible cada reunión, cada examen, por estar al pendiente de lo que necesitaba, por su comunicación eficiente y efectiva. Gracias a Esther por favorecer mis encuentros con la profesora Fátima y ser siempre diligente y amorosa. Gracias al Colegio de México por ser un espacio maravilloso para aprender, por esa biblioteca magnífica y en general, por brindarme todas las condiciones para realizar mi investigación.

Gracias al Colegio de Sonora por acogerme durante un semestre. De manera especial, gracias a la Dra. Catalina Denman, por ofrecerme un espacio de trabajo y brindarme todas las condiciones para desarrollar el campo, gracias por su apoyo institucional y personal. Gracias al Dr. Armando Haro por

presentarme el fantástico mundo de la epidemiología sociocultural, elemento nodal en esta tesis. A Rubén Díaz-Conti por introducirme de la mano y el corazón, en la discusión sobre reducción del daño.

Gracias a la División de Salud Global de la Universidad de California en San Diego. El poder estar en contacto con otros investigadores que trabajan el tema de drogas y VIH, no solo enriquecieron mis resultados, sino que me permitieron ver con una perspectiva más global el análisis que emprendía y me llenaron de buenas ideas y nueva literatura sobre el tema.

Gracias al CONACYT, al programa de becas Sasakawa Young Leaders y a la Fundación HIV Research Trust, su financiamiento fue crucial para el desarrollo del doctorado, mi estancia en Hermosillo y mi estancia en San Diego, California.

Gracias a Camilo, mi compañero de vida, gracias por esas sesiones tesísticas deliciosas, gracias por leerme, por sugerirme bibliografía, por apoyarme, por presionarme, pero sobretodo, por amarme y regalarme un hogar.

Gracias a mis padres y mi hermano por estar siempre ahí a pesar de la distancia, por creer en mí, por ser mi motor, por sus palabras de aliento, por su abrazo sincero, por hacerme lo que soy. Gracias a mis dos gorditas, hadas madrinas por todo su amor, por ser mucho más que mías tías, mis segundas mamás.

Gracias finalmente a mi familia cósmica que me apoyan y me envían sus rezos y buenas vibras siempre. En especial gracias a Shelita por convertirse en mi hermana, por recogerme después de las duras jornadas de campo, por compartir sueños e ilusiones, por regalarme una familia adoptiva donde me sentí hija, tía, hermana. Gracias a Diverciudad por ser un espacio donde encontrarme y divertirme. Gracias a Centro Zalzican por la oportunidad de sanar y elaborar todas las emociones que me embargaban en campo. Gracias a la Marcha de las Putas Sonora, por ser un espacio de sororidad, de compromiso político, de complicidades y de sonrisas. Mi estancia en Hermosillo no hubiera sido tan positiva sin ustedes. Gracias a Basha por la vida compartida, por tanta complicidad, por dejarme llenar de su casa de historia de tecatos, por estar conmigo en los momentos más difíciles del doctorado y ofrecerme su casa, su cama, su comida, sus amigos, su familia, su historia, su amor.

Resumen

Hermosillo, Sonora, es una ciudad con de alrededor 800,000 habitantes, ubicada al norte Oeste de la República Mexicana, a 287 kilómetros de Tucson, Arizona (Estados Unidos) y a 107 kilómetros de Guaymas, uno de los puertos comerciales más importantes de la Costa Pacífica Mexicana y con límites con los estados que conforman el triángulo dorado de la producción de opio en México (Sinaloa, Chihuahua y Durango). A partir del 2000 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) reporta incrementos en el número de personas que buscan ayuda para el tratamiento del uso problemático de heroína. Simultáneamente, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH, muestra crecimiento en la prevalencia de VIH asociada al uso de drogas inyectadas en la ciudad.

Este estudio se propone caracterizar de manera densa las condiciones sociohistóricas, económicas e institucionales en las cuales se ha dado el crecimiento de VIH y de uso de drogas inyectadas en Hermosillo, Sonora, contexto para el cual existe poca información disponible.

Es un estudio mixto secuencial. En primer lugar, se caracteriza cuantitativamente a la población de varones inyectores de drogas de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo a partir de una encuesta aplicada en lugares de encuentro. Se comparan perfiles sociodemográficos, dinámicas e itinerarios de uso de drogas, comportamientos de riesgo al VIH y exposición a intervenciones del estado. Se analiza la posible relación entre el calendario de algunas transiciones de uso de drogas y las prácticas actuales de riesgo al VIH. En segundo lugar, a partir de entrevistas en profundidad y trabajo etnográfico, se elaboran narrativas de las biografías de uso de drogas en tres generaciones de usuarios de drogas inyectables de Hermosillo. Por medio de las narrativas, se describe el proceso de transformación de las dinámicas de compra-venta-uso de drogas, la emergencia de un mercado local regulado de manera importante por el crimen organizado y la conformación de un segmento de población excedente, las personas que se inyectan drogas, con altísimo riesgo de muerte, no sólo por el VIH, sino principalmente por la exclusión y el estigma, que los expone de manera desigual a la violencia. Este contexto configura ambientes y estilos de vida de riesgo.

En términos conceptuales, la investigación busca aportar elementos para el debate en torno al concepto de riesgo, proponiendo abordar la relación VIH-drogas el tema de drogas desde la perspectiva sociocultural y de curso de vida. En términos aplicados, la investigación busca aportar elementos críticos que contribuyan a mejorar las políticas para el control de la demanda de drogas y los programas de tratamiento y reducción de riesgos y daños.

Contenido

Agradecimientos	iii
Resumen	vi
Introducción.....	14
1. Marco Teórico-Conceptual	22
1.1 Qué es el VIH y sus formas de transmisión.....	23
1.2 Acotando el concepto de Uso de Drogas.....	25
1.2.1 La perspectiva Jurídica	26
1.2.2 La perspectiva médica.....	27
1.2.3 La perspectiva socio-cultural	30
1.3 La perspectiva del curso de vida	32
1.3.1 El concepto de curso de vida y sus componentes	34
1.4 De los grupos de riesgo a los contextos de riesgo: Marcos para comprender el riesgo de infección al VIH y sus estrategias de prevención.....	36
1.4.1 1950. La epidemiología del riesgo	36
1.4.2 1960 La Medicina Social Latinoamericana	38
1.4.3 1990. La epidemiología social y la vulnerabilidad.....	40
1.4.4 El Nuevo Milenio: Los Determinantes Sociales de la Salud	43
1.4.5 Los Ambientes de Riesgo	47
1.4.6 Epidemiología Sociocultural y la relación VIH y Uso de Drogas.....	48
1.5 Propuesta Analítica- Conceptual.....	51
2. Metodología.....	54
2.1 Pregunta de investigación.....	54
2.2 Objetivos	54
2.3 Hipótesis	55
2.4 Metodología	56
2.5 Población participante	58
2.6 Análisis cuantitativo.....	59
2.6.1 <i>Fuente de datos:</i> Encuesta de comportamientos de riesgo y prevalencia de VIH entre usuarios de drogas inyectadas de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo, 2012.....	59
2.6.2 <i>Tamaño de muestra y definición de la población en estudio</i>	60
2.6.3 <i>Procedimiento de análisis de los datos cuantitativos</i>	62

2.6.4	<i>Procesamiento de datos del análisis cuantitativo</i>	66
2.6.5	<i>Limitaciones de los datos cuantitativos</i>	69
2.7	Análisis Cualitativo	71
2.7.1	Fuente de datos: Observación participante y Relatos de vida con usuarios de drogas inyectadas	72
2.7.2	Muestreo teórico o Selección de los sujetos	81
2.7.3	Condiciones de Realización de las Entrevistas.....	83
2.7.4	Procedimiento de análisis de los relatos biográficos.....	84
2.7.5	Alcances de las entrevistas y de la estrategia de muestreo teórico propuesta	88
2.7.6	Consideraciones éticas.....	93
3.	Contexto histórico del Estudio	99
3.1.1	El inicio del prohibicionismo: 1920-1950.....	100
3.1.2	1950 – 1979: La consolidación del prohibicionismo y la <i>Pax Priista</i>	102
3.1.3	1980 - 2000: El Boom de la cocaína en México, las organizaciones de narcotraficantes y la guerra contra las drogas	106
3.1.4	2000 – 2015: Democratización y guerra contra las drogas.....	112
3.2	Pistas para comprender la epidemia de uso de inyectables en el norte de la República.....	117
3.2.1	El nacimiento de la atención en salud al uso de drogas en México	117
3.2.2	Tendencias de uso de drogas en México 1980 – 2015	124
3.3	Comprendiendo la epidemia del VIH en México	134
3.3.1	Cronología de la respuesta institucional al VIH en México 1983 – 2015.....	134
3.3.2	La epidemia del VIH en México.....	140
3.3.3	VIH/SIDA y uso de drogas inyectadas: Una epidemia rápida y silenciosa	141
3.4	Consideraciones finales: Viejas y nuevas epidemias de uso de drogas y VIH.....	144
4.	Hallazgos Cuantitativos: Caracterizando sujetos, eventos, trayectorias y riesgos	148
4.1	Caracterización sociodemográfica de la muestra de usuarios de drogas inyectadas según Ciudad y Generación	148
4.2	Prácticas y Dinámicas actuales de uso de drogas	152
4.3	Prevalencia de uso de otras drogas alguna vez en la vida	156
4.4	Droga de Inicio vs. Droga Actual: Continuidades y Discontinuidades en los itinerarios de uso de drogas	162
4.5	Análisis del Calendario e intensidad de los Itinerarios de Uso de drogas	164
4.5.1	Intensidad de los itinerarios de uso de drogas	164

4.5.2	Primer uso de drogas ilegales	165
4.5.3	Primer uso inyectado de drogas ilegales	168
4.5.4	El Calendario de las Transiciones de Uso de Drogas a través de Tablas de Vida.....	172
4.5.5	Trayectorias-Tipo	177
4.5.6	Características asociadas a los calendarios de uso de drogas	177
4.6	Prácticas de riesgo al VIH	180
4.6.1	Prácticas de riesgo relacionadas con el uso inyectado de drogas	180
4.6.2	Prácticas de riesgo asociadas a prácticas sexuales	185
4.6.3	Tipos de transiciones y Comportamientos de Riesgo asociados al uso inyectado de drogas 190	
4.7	Consideraciones finales	196
5.	Hallazgos Cualitativos.	202
5.1	Panorama socioeconómico: Hermosillo, Sonora, 1940 – 2010	204
5.1.1	Concentración de la tierra, Urbanización y Des-poblamiento del campo sonorense: 1940- 1980.	205
5.1.2	Crisis económica y devaluación: 1980-1989.	208
5.1.3	Profundización de la desigualdad y ampliación de la precariedad laboral: 1990-1999 ...	211
5.1.4	Aumento de la desigualdad y la delincuencia: 2000-2015	213
5.2	Cronología de la atención institucional a los temas de uso de drogas y VIH/SIDA en Hermosillo. 217	
5.2.1	La atención en salud al uso de drogas en Hermosillo.....	217
5.2.2	Atención al VIH/SIDA en Hermosillo	226
5.3	Historizar para confrontar estereotipos. ¿Qué nos queda de este contexto histórico?	230
5.4	Trayectorias de uso de drogas de 13 varones inyectores entrevistados.....	231
5.4.1	Historias generacionales de iniciación en el uso de drogas ilegales. Del resistol a la marihuana y de la cocaína a la heroína y el cristal.....	232
5.4.2	Irse recio. Intensificación de las trayectorias de uso de drogas	239
5.4.3	Inyectarse. La configuración de un estilo de vida ‘ <i>yonki</i> ’.	247
5.4.4	Fondear, la experiencia de la muerte social	256
5.4.5	Quebrar o Morir.....	262
5.5	Ser tecato en la era del VIH: Actitudes y percepción de riesgo y susceptibilidad	265
5.6	VIH y Drogas: La consolidación del discurso higienista y la figura del adicto	271

5.7	Análisis narrativo de los relatos biográficos de tres entrevistados: la construcción de estilos de vida y el impacto de los ambientes de riesgo en varones pobres de Hermosillo, Sonora	272
5.7.1	Resumen de los relatos biográficos: Comencé jugando y terminé perdiendo	273
5.7.2	Sujetos, Subjetividad y Consumo. Estilos de vida de tres generaciones de inyectores de un barrio popular del norte de Hermosillo	285
5.7.3	Consideraciones finales: ¿Qué nos dejan las historias de jales, drogas y malandros? Notas para una epidemiología sociocultural.....	318
5.8	El paso de la informalidad a la ilegalidad, las nuevas dinámicas del mercado de drogas en Hermosillo y la emergencia de una epidemia de uso de drogas inyectadas en la ciudad.....	320
6.	Conclusiones	328
6.1	Los aportes del enfoque demográfico del curso de vida.	329
6.1.1	Cambios sociales y generaciones	329
6.1.2	El lugar también cuenta: La relación entre consumos y mercados locales	332
6.1.3	El encadenamiento de eventos en las biografías individuales: Debatiendo con la puerta de entrada.	336
6.1.4	La acumulación de desventajas en el curso de vida individual.....	338
6.2	Más allá de las drogas y el VIH está la vida: Un diálogo en torno a los riesgos y los estilos de vida	339
6.3	Metodología Mixta, una herramienta para el ejercicio de una epidemiología sociocultural ..	344
6.3.1	Los aportes de la etnografía a la epidemiología de la relación entre uso de drogas y VIH	345
6.4	El riesgo de ser varón y pobre: La normalización de la muerte joven	347
6.5	Implicaciones de política pública	351
6.5.1	Los datos sobre uso de drogas.....	351
6.5.2	La reducción de daños en el Norte de México.....	354
Anexos.....		357
Anexo 1. Estructura de la entrevista.....		357
Anexo 2. Ejemplo de Ficha Ageven		363
Anexo 3. Carta de Aprobación del Comité de ética de El Colegio de Sonora		364
Bibliografía		365

Índice de cuadros, diagramas y gráficas

Diagrama 1. Esquema conceptual para el estudio de las trayectorias de uso de drogas y su relación con las prácticas actuales de riesgo al VIH	48
Cuadro 1. Distribución de la muestra según sexo y ciudad de levantamiento. México, 2012	56
Diagrama 2. Transiciones a analizar con la Encuesta de Prevalencias de VIH y Comportamientos de Riesgo en Usuarios de Drogas Inyectadas de Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez, 2012	58
Diagrama 3. Variables independientes consideradas en las regresiones logísticas	64
Cuadro 2. Funcionarios entrevistados por institución. Hermosillo, Sonora. México, 2014	77
Cuadro 3. Distribución de entrevistas realizadas según edad del entrevistado y lugar de reclutamiento. Hermosillo, Sonora. México, 2014	78
Cuadro 4. Distribución de entrevistas realizadas según lugar donde se aplicó. Hermosillo, Sonora. México, 2014	80
Cuadro 5. Distribución de entrevistas realizadas según número de sesiones. Hermosillo, Sonora. México, 2014	80
cuadro 6. Estimación de número de usuarios de drogas inyectadas en ciudades seleccionadas.	125
cuadro 7. Características sociodemográficas de varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012	145
Cuadro 8. Características sociodemográficas de varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	147
cuadro 9. Dinámicas actuales de uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012	149
cuadro 10. Dinámicas actuales de uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	151
cuadro 11. Prevalencias de uso de drogas para tipos de drogas y vías de administración en varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012	154
cuadro 12. Prevalencias de uso de drogas para tipos de drogas y vías de administración en varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	156
cuadro 13. Droga de inicio y droga que se inyecta más frecuentemente al momento de la encuesta. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.	158
Cuadro 14. Droga a la primera inyección y droga que se inyecta más frecuentemente al momento de la encuesta. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.	159
cuadro 15. Características del primer uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia cohorte de nacimiento. México, 2012	161

cuadro 16. Características del primer uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	163
cuadro 17. Tipo de droga de inicio al primer uso de droga ilegal y primer uso inyectado en hombres usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012	164
cuadro 18. Tipo de droga de inicio al primer uso de droga ilegal y primer uso inyectado en hombres usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	165
cuadro 19. Contexto del primer uso inyectado de drogas en hombres usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012	166
cuadro 20. Contexto del primer uso inyectado de drogas en hombres usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012	167
Gráfica 1. Probabilidad de vivir el evento “uso de primera droga ilegal” según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.	169
Gráfica 3. Probabilidad de vivir el evento “uso de primera droga CODAR” según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.	170
Gráfica 5. Probabilidad de vivir el evento “uso de primera droga inyectada”, según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.	171
Gráfica 6. Probabilidad de pasar del primer uso de drogas al primer uso inyectado de las mismas, según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.	172
cuadro 21. Efectos de las características sociodemográficas y de las trayectorias de uso de drogas sobre el calendario al primer uso de inyectado de drogas en varones que se inyectan drogas en Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez. México, 2012	174
Cuadro 22. Prácticas riesgosas de uso inyectado de drogas entre varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012	177
Cuadro 23. Prácticas de riesgo al VIH asociadas al uso inyectado de drogas entre varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	180
Cuadro 24. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012.	182
Cuadro 25. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	183
Cuadro 26. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012.	184

Cuadro 27. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012	186
Cuadro 28. Razones de momios (e intervalos de confianza al 95%) del análisis de regresión logística para la probabilidad de haber compartido jeringas en el último año. Varones que se inyectan drogas en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo. México, 2012.	189
cuadro 29. Características seleccionadas de las trayectorias de uso de drogas de los entrevistados según generación. Hermosillo, Sonora. México, 2014	228
Cuadro 30. Trayectorias de uso de drogas entre participantes entrevistados según generación de nacimiento. Hermosillo, Sonora. México, 2012	236
Cuadro 31. Características seleccionadas de las trayectorias de uso de drogas de los entrevistados según generación de nacimiento. Hermosillo, Sonora. México, 2014	243

Introducción

En años recientes, México ha experimentado un aumento importante de nuevas infecciones de VIH en personas que se inyectan drogas (PID). En esta tesis, mi propósito es analizar en detalle cómo se establece la relación entre el uso inyectado de drogas y la infección por VIH en tres ciudades de la frontera norte, Ciudad Juárez, Tijuana y Hermosillo, donde esta problemática se presenta de manera más aguda. Dado que hay más estudios disponibles para las dos primeras, profundizo en el contexto de uso de drogas inyectadas en Hermosillo, escenario donde se muestra un rápido crecimiento del fenómeno de uso de drogas inyectables y de nuevas infecciones de VIH en la población PID en la última década.

En términos globales, es a partir de la década de 1990 que los datos de nuevas infecciones de VIH empiezan a mostrar una creciente asociación entre uso de drogas y aumento de la incidencia de infección, principalmente en Asia, Europa y Estados Unidos¹. En estos escenarios, la prevalencia escaló rápidamente en pocos años, lo que implicó aumentos en la mortalidad de la población. En la última década, aunque las nuevas infecciones y las muertes por SIDA han disminuido en casi todo el mundo, en Asia Central y Europa del Este – regiones donde hay mayor prevalencia de VIH por uso de drogas inyectables -, las muertes relacionadas con el sida aumentaron un 5% entre 2012 y 2014. (ONUSIDA, 2015).

Dentro del universo de personas que usan drogas, aquellas que se inyectan son las más vulnerables y marginales. Se estima que las PID representan el 30% de las nuevas infecciones de VIH sin contar la región de África Sub-Sahariana, y que una de cada dos PID en el mundo viven con hepatitis C (UNODC, 2016).

Para América Latina, ONUSIDA (2015) reporta una prevalencia de VIH de 0.4%. En 2014, en América Latina se estimó un total de 87,000 nuevas infecciones y 41,000 muertes por SIDA. Se estima que la prevalencia de VIH entre las PID de América Latina es de 7.3% (UNODC, 2016).

Los datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2014), muestran un comportamiento estable de la prevalencia de VIH en México. Al 2012, se estima una prevalencia para la población general (15-49 años) de 0.3%, focalizada en las poblaciones de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia de 16.9%, hombres

¹ Específicamente en New York, la región de Eurasia donde se reportan incrementos del 40% de la prevalencia de VIH en dos años y Vancouver, con un incremento en la prevalencia del 25% asociada a uso de drogas inyectables (Rhodes et. al, 1999)

trabajadores sexuales (HTS) con una prevalencia de 18.2% y personas que usan drogas inyectables (PID) con prevalencia de 4.2% en Tijuana, 5.2% en Hermosillo y 7.7% en Ciudad Juárez (CENSIDA, 2014).

Pese a la tendencia estabilizadora, los datos muestran un incremento importante del peso que toma la transmisión por uso de drogas inyectadas en la historia reciente del virus, principalmente en la región norte del país. Mientras en 2001 sólo el 0.1% de los casos diagnosticados de VIH correspondía a uso de drogas inyectables, para 2006 la proporción fue de 6% (Censida, 2006).

Las cifras oficiales muestran también un aumento en la prevalencia de uso de drogas inyectables en México. El reporte de uso de heroína pasó de 0.01% en 1988 a 0.2% en 2008 y se mantiene en este nivel en el 2011 (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012). La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) reporta una prevalencia de heroína alguna vez en la vida de 0.9% (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015). A 2015, se estima que hay en el país 141,690 usuarios de opiáceos inyectables y no inyectables (CENSIDA, 2015).

Según el CENSIDA (2010), Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo son, en ese orden, las tres ciudades de la República con mayor volumen de población PID. Si bien Tijuana y Ciudad Juárez, por su importancia demográfica y fronteriza, son ciudades donde la relación entre drogas inyectables y VIH se ha estudiado de manera consistente desde la década de 1990, falta analizar sistemáticamente los datos más recientes desde un punto de vista sociodemográfico. Existe además poca información disponible sobre el tema para Hermosillo, y se necesita una exploración cualitativa profunda sobre los vínculos entre las dimensiones socioeconómicas y culturales y el incremento reciente del uso de drogas inyectables en esta ciudad, para poder comprender los mecanismos a través de los cuales escala la epidemia a nivel local en esta población particular.

Adicionalmente, hay pocos estudios en México que permitan comprender los calendarios, la intensidad y la duración de los eventos que constituyen las biografías de uso de drogas (inicio de drogas y del paso al uso de drogas inyectadas) y los procesos asociados a ellos desde una perspectiva de curso de vida. El conocimiento en torno a la historia de uso de drogas inyectadas y los mecanismos a través de los cuales las personas inician un uso problemático de drogas y pasan al uso inyectado de las mismas, constituye una pieza clave a partir de la cual aportar en el debate sobre la política de drogas en México y su impacto en las biografías de los sujetos. Así mismo, es necesario comprender las trayectorias de uso de drogas y su relación con la construcción de

ambientes de riesgo, para abrir el debate sobre las características que configuran los riesgos al VIH y cómo se configuran histórica y socialmente, y no sólo individualmente. En esta investigación, analizo las biografías personales narradas por sujetos usuarios de drogas inyectadas a través de uno de los principales enfoques de los estudios de población -el curso de vida-, que sitúa las experiencias individuales en el contexto sociocultural e histórico en el cual transcurren las vidas.

Para lograr este objetivo, en primer lugar, describo cómo se van conformando las trayectorias de uso de drogas y las características asociadas a su calendario en una muestra de varones usuarios de drogas en las ciudades de Hermosillo, Ciudad Juárez y Tijuana. En segundo lugar, analizo la posible relación entre el calendario de algunas transiciones de uso de drogas y las prácticas actuales de riesgo al VIH; y finalmente, describo los procesos institucionales, sociales, políticos y económicos a través de los cuales se construyen estilos de vida en torno al uso frecuente de drogas inyectadas y ambientes de riesgo al VIH a lo largo de trayectorias de uso de drogas, en una muestra intencional de varones inyectores de Hermosillo.

Abordo el uso de drogas desde una perspectiva sociocultural, que permite comprender esta práctica social como parte de un complejo entramado de condiciones sociales, económicas, políticas, históricas y culturales que juegan en las biografías de los sujetos. A diferencia de las perspectivas médica y jurídica, desde las cuales se ha abordado principalmente el uso de drogas y el VIH desde la segunda mitad del siglo XX, la perspectiva sociocultural pone énfasis en el análisis de la relación entre los aspectos problemáticos del uso de drogas y las transformaciones económicas, sociales y políticas que hemos experimentado como sociedad, descentrando el análisis del plano meramente individual, y problematizando la manera cómo se aborda el tema de los riesgos desde la epidemiología clásica.

El marco conceptual de esta tesis tiene una columna vertebral, que es la perspectiva del curso de vida y dos conceptos pilares: (1) El concepto de estilos de vida desarrollado por Eduardo Menéndez (1998) y el concepto de ambientes de riesgo, desarrollado por Tim Rhodes (2002).

En términos metodológicos, recurro al análisis de biografías. El análisis de biografías es uno de las metodologías centrales en los estudios de población, al dar cuenta de la intensidad, calendario y duración de ciertos eventos a lo largo del curso de vida individual desde una perspectiva compleja y dinámica, desde la cual se han documentado transformaciones en los campos de la reproducción (Welti, 2005), la sexualidad (Gallego Montes, 2010; Heilborn, Cabral,

Bonzon y Knauth , 2006; Juárez y Castro, 2004; Szasz, 2006), el mercado laboral (Pacheco, 2005) y la migración (De Oliveira y Ariza, 2002; Sebillé, 2005). El aporte de este estudio es aplicar la teoría del curso de vida para la comprensión de las biografías de uso de drogas en varones inyectores, en tanto me permite ordenar las secuencias que configuran los itinerarios de uso de drogas en el curso de las biografías vitales de los participantes de este estudio.

La mirada dinámica y compleja que aporta la perspectiva de curso de vida, consiste en estudiar la vida individual según una sucesión de situaciones de ruptura y cambio en diferentes esferas en las vidas de los sujetos (residencia, trabajo, estudio, etc.) que devienen en desafíos específicos en las biografías que pueden transformar las trayectorias individuales. De este modo, analiza cómo “el encadenamiento de experiencias que lleva a los actores hacia posiciones y estatus diferentes, modifica su estado subjetivo, sus intereses, sus perspectivas y sus oportunidades” (Martínez Salgado, 2010:41).

En este marco, la teoría del curso de vida me permite estudiar el uso de drogas como un ámbito más en sus vidas, facilitando el análisis de la relación entre el encadenamiento de eventos que constituyen las trayectorias de uso de drogas, con las secuencias de otros eventos vividos en los otros ámbitos de sus biografías (reproducción, migración, conyugal, laboral, educativo).

Las trayectorias de uso de drogas son -parafraseando a Gallego Montes (2010) - herederas y agentes al mismo tiempo de los cambios sociales. En este caso, se trata de cambios acaecidos en las dinámicas de compra-venta-uso de drogas durante la segunda mitad del siglo XX en México, a la vez que son producto de la visibilización y de la politización de esta práctica. Emergen en contextos socialmente muy desiguales con el arribo de la guerra contra las drogas, la profundización de las políticas de ajuste estructural y la globalización, la evolución de la epidemia del VIH/SIDA y la conformación de un aparato institucional de atención al VIH y al uso problemático de drogas en los estados del norte del país que son fronterizos con EEUU, con sus discursos y normativas en torno al uso problemático de drogas y la infección del VIH. Estos factores en su conjunto, junto con las condiciones de género, generación, posición socio-económica, condición migratoria y acceso a instituciones, median a nivel micro el impacto que tienen las transiciones de uso de drogas en el curso de vida de los sujetos, a través de la construcción de estilos de vida y ambientes de riesgo.

Por su parte, el concepto de estilos de vida propuesto por Menéndez (1998) constituye el lugar epistemológico desde el cual abordo el tema de uso de drogas. El concepto de estilos de vida

me permitió enriquecer la idea del riesgo desde una perspectiva sociocultural y abordar el uso de drogas desde una perspectiva crítica que toma en cuenta los significados que tiene esta práctica social en el entramado de relaciones sociales en las que construyen sus vidas e identidades los sujetos usuarios. Los estilos de vida, son entendidos como “hábitos constitutivos de los modos de vivir de una población, de su forma de estar en el mundo, de relacionarse con otras clases, con las instituciones sociales y con los servicios de salud” (Menéndez, 1998:52). Este concepto, opera como bisagra entre las características macro estructurales, que están en función del tiempo histórico y el tiempo social que marca la perspectiva del curso de vida y las características micro, dadas en función del tiempo individual-biográfico. Así, enfocándose en los sujetos, pero yendo más allá de ellos me permite analizar el uso de drogas tejiendo relaciones analíticas entre los mercados (legales e ilegales), las instituciones y las prácticas de uso.

Por su parte, la propuesta conceptual de los ambientes de riesgo me permitió operacionalizar las relaciones entre las condiciones macro y los contextos micro en los que desarrollan sus vidas los sujetos, al abordar los daños asociados al uso de drogas, como producto de situaciones y ambientes sociales en los que los individuos participan. Específicamente, la propuesta de los ambientes de riesgo, me ofreció herramientas técnicas para analizar cómo los cambios en la política de drogas y la historia del narcotráfico a nivel macro, se traducen a nivel meso (ciudad) en prácticas policiales, dinámicas de la compra-venta-uso de drogas y disponibilidad de drogas en cada ciudad y generación y cómo ello ha significado una transformación de la construcción social de los riesgos y daños asociados al uso de drogas en las ciudades del norte de la República y de Hermosillo en particular.

Mi apuesta analítica es entonces construir una comprensión histórico-social y biográfica del uso de drogas y la creciente epidemia de VIH en la población de inyectores en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Tomo a Hermosillo como estudio de caso, debido a la aparición reciente del uso de inyectables y del incremento de la epidemia del VIH en la población de inyectores de esta ciudad, y porque, a diferencia de epidemias de más vieja data como las conocidas en Tijuana y Ciudad Juárez, ha sido mucho menos estudiada.

La estrategia para responder a mis objetivos de investigación es un diseño de investigación mixto secuencial, que inicia con el análisis cuantitativo de una encuesta de comportamientos denominada “diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA en México (2012)”, coordinada por la Fundación

Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y el Instituto Nacional de Salud Pública, en el marco de la implementación del proyecto Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH-TS, y UDI hombres y mujeres”, Proyecto Fondo Mundial, México VIH/sida, Ronda 9. La encuesta fue levantada en Ciudad Juárez y Hermosillo en lugares de encuentro de población PID. Los datos de Tijuana hacen parte de un estudio prospectivo coordinado por la Universidad de California en San Diego, que recoge los mismos ítems de la encuesta “diagnóstico situacional” y se levanta también en lugares de encuentro de la población. En un segundo momento del estudio, profundizo en Hermosillo a manera de estudio de caso a través de un acercamiento etnográfico al campo.

En el análisis cuantitativo recurrí a técnicas demográficas clásicas como la construcción de tablas de vida, el análisis de sobrevivencia con modelos Cox y el análisis de riesgos a través de regresiones logísticas con datos de la mencionada encuesta de comportamientos. Para el análisis cualitativo realicé trabajo etnográfico en el cual recogí extensos relatos biográficos de usuarios activos de inyectables en Hermosillo. Estos relatos los organicé como narrativas para comparar tres generaciones de usuarios (1960, 1980, 1990), a través de las cuales rastreo cómo los cambios sociales, institucionales, culturales, políticos y económicos, marcaron de manera diferencial las trayectorias de uso de drogas de estas tres generaciones y sus implicaciones en términos de estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH.

A través del análisis cuantitativo caracterizo a la población meta de las tres ciudades y describo sus diferenciales en términos de perfiles sociodemográficos, calendarios de uso de drogas, comportamientos de riesgo y prevalencia de VIH de los usuarios de Hermosillo, Tijuana y Ciudad Juárez. A través del análisis cualitativo, construyo una mirada estructural desde la cual interpretar los diferenciales encontrados entre las tres ciudades y comprender en profundidad la dinámica sociocultural de los estilos de vida y los ambientes de riesgo que relacionan el uso inyectado de drogas con la transmisión del VIH en Hermosillo.

Mientras muchos estudios sobre drogas son diseñados desde métodos cualitativos, en el ámbito de estudio del VIH predominan los estudios epidemiológicos de corte cuantitativo. La metodología mixta que aquí propongo, permite enriquecer los hallazgos de ambas aproximaciones, en la medida en que desde lo cuantitativo analizo los datos agregados dando cuenta de la magnitud del fenómeno y sus cambios en el tiempo, mientras desde lo cualitativo recupero la voz y la

perspectiva de los sujetos, sus experiencias narradas, y los contextos socioculturales en los cuales los eventos que miden las encuestas tienen lugar y adquieren un sentido para ellos.

La perspectiva de análisis que escogí es narrativa, desde la cual se reconoce que la interpretación de los datos que aquí presento está atravesada por mi historia personal como sujeto que recoge los datos, las características de la interacción en las que se levantaron esos datos y los significados y emociones que tienen para los participantes del estudio mi presencia como investigadora y mi manera particular de interactuar con ellos. Así, más que perseguir hechos verificables o reales, busqué construir historias en la interacción comunicativa con los participantes, que me permitieran comprender primero a mí como investigadora y luego al lector, qué condiciones y procesos favorecen la rápida difusión del VIH en la población de inyectores de Hermosillo, Sonora, y cuáles son los procesos sociales que están detrás de la proliferación del uso de drogas inyectables y la epidemia de VIH asociada a ello en esta ciudad.

Esta aproximación permitió que, si bien mi interés fuera inicialmente el análisis de la exposición a los riesgos al VIH en la población PID, en el transcurso de la investigación entendí que, para comprender la relación entre uso de drogas, riesgo y VIH, era necesario tener una perspectiva mucho más amplia. El abordaje sociocultural implicó adentrarse en las vidas y cotidianidades de los usuarios, sus contradicciones, su capacidad de agencia, sus formas de resistencias y sus dificultades para acceder al goce de sus derechos y desde esta perspectiva más amplia reconstruí entonces la relación drogas-riesgo-VIH que había planteado teóricamente.

Para dar cuenta de la complejidad encontrada en campo de la relación entre uso de drogas inyectadas y ambientes de riesgo para el VIH, organicé esta tesis en seis grandes secciones. En la primera presento el marco teórico-conceptual de referencia, donde planteo las perspectivas desde las cuales me voy a aproximar a mi objeto de estudio, la relación entre riesgo, drogas y VIH. La segunda es la metodología, donde explico el problema y objetivos de la investigación y las estrategias a través de las cuales abordo el problema. En la tercera parte presento el contexto del estudio, que sitúa la pregunta de investigación en unas condiciones sociodemográficas, históricas, políticas, institucionales y epidemiológicas específicas que justifican la realización de este estudio y la profundización del análisis cualitativo en el caso de Hermosillo. En la cuarta parte presento los hallazgos cuantitativos del análisis de la encuesta levantada en las tres ciudades de interés. En la quinta parte presento los hallazgos cualitativos de las entrevistas en profundidad realizadas en Hermosillo. Finalmente presento las conclusiones y consideraciones finales, donde retomo

reflexiones teóricas, metodológicas y éticas a partir de los principales hallazgos de esta investigación y dónde procuro integrar de manera concisa los hallazgos cuantitativos y cualitativos a la luz de los datos contextuales presentados en el capítulo tres.

1. Marco Teórico-Conceptual

“Una interpretación epidemiológica que prescindiera del entorno en el que se gestan los problemas de salud a los que se refiere corre el riesgo de hacer generalizaciones sin sentido (a la manera de una nota musical que fuera del pentagrama carecerá de cualquier identidad sonora)”.
Carolina Martínez, 2004

Este estudio busca analizar la relación entre algunas transiciones en las trayectorias de uso de drogas y el riesgo a la infección por VIH. El problema de investigación vincula desde un punto de vista poblacional, dos campos problemáticos en salud: Uso de drogas y VIH. Ambos tienen un componente biológico – los efectos bioquímicos de las sustancias y el virus en su interacción con el organismo -, pero las maneras cómo responden los individuos y la sociedad a ambos fenómenos es de naturaleza social y dicha respuesta tiene un efecto en las condiciones de vida de los individuos.

Adicionalmente, tanto el uso de drogas como el riesgo a la infección por VIH se desarrollan en un contexto social y cultural, por lo cual analizar esta relación plantea la necesidad de trazar puentes teóricos y metodológicos entre la epidemiología, las ciencias sociales y los estudios de población. Es por ello que en este marco conceptual recurro a conceptos de estos campos y los pongo a dialogar en torno al concepto de riesgo.

El eje teórico-metodológico de la discusión es la perspectiva de curso de vida, en tanto ofrece alternativas para analizar los procesos que configuran los riesgos en diferentes momentos de la biografía individual, considerando interacciones múltiples entre diferentes fenómenos y niveles de la realidad social, superando la mera descripción de tendencias y niveles entre segmentos poblacionales.

Para analizar la relación entre trayectorias de uso de drogas y riesgo al VIH, parto de dos supuestos: (1) Los cambios en las dinámicas de compra-venta-uso de droga, en las políticas de droga y en la oferta institucional de servicios de atención al uso de drogas y VIH, así como las transformaciones sociales y económicas que ha experimentado el país y particularmente Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez en las últimas cuatro décadas, han impactado las biografías de uso de drogas de los usuarios; (2) El riesgo a la infección por VIH, más que un comportamiento

individual, es una condición construida social e históricamente mediada por el género, la posición social, la generación y el lugar de residencia.

En este apartado en un primer momento sitúo los dos campos problemáticos que abordo en este estudio: VIH y uso de drogas, describiendo algunas características clínicas de la infección por VIH y aclarando desde qué lugar epistemológico me sitúo para abordar el tema de uso de drogas. Seguidamente describo algunos conceptos clave de la perspectiva de curso de vida y por qué resulta útil para este estudio en particular. Finalmente rastreo y problematizo las diferentes perspectivas epidemiológicas desde las cuales se ha construido la noción de riesgo y su aplicación al estudio del VIH y el uso de drogas.

1.1 Qué es el VIH y sus formas de transmisión

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La historia natural del virus, es decir, el periodo que va desde la exposición al virus, hasta la muerte del individuo infectado, da cuenta del pronóstico de vida de las personas infectadas. Este proceso contempla tres momentos en el caso del VIH:

1. Fase aguda: Va desde la exposición al virus hasta el desarrollo de cualquier antígeno y dura entre seis y doce semanas. Durante esta fase el virus se replica rápidamente en ausencia de respuesta inmune, se planta en tejidos de reserva y destruye CD4. La tasa de replicabilidad del virus depende de su habilidad misma, de factores genéticos del huésped² y su respuesta inmune dada por la presencia de linfocitos CD8. Síntomas más severos en esta primera fase indican una progresión más rápida de la infección (Hoffmann, Rockstroh y Kamps, 2007).
2. Fase Crónica: Durante este periodo no se presenta ninguna manifestación del virus, debido al equilibrio que se alcanza entre la carga viral y el número de CD4. Al final de esta fase se pueden llegar a presentar algunos síntomas como fallas en el sistema inmune, problemas en la piel, en la sangre o fallas neurológicas. Puede durar entre ocho y diez años.

² Presencia del receptor CCR5 y el alelo HLA clase I, que genera baja replicabilidad y lenta progresión.

3. Fase de SIDA: Se presenta cuando los CD4 se encuentran por debajo de las 200 unidades y se encuentran síntomas como fiebre, pérdida de peso, diarreas e infecciones oportunistas.

Dado que existen diversos subtipos de virus³, los peores pronósticos se observan cuando hay reinfección con diferentes subtipos por la resistencia al tratamiento que ello genera. Aún más, la variabilidad genética dentro de cada subtipo impone retos para su detección, para el desarrollo de vacunas, para el empleo de tratamientos prolongados y el desarrollo de resistencia a medicamentos, así como para el diseño de esquemas eficientes de tratamiento. Es por ello que la migración es un factor clave para estudiar en el campo del VIH, pues aumenta la probabilidad de que un individuo entre en contacto con diferentes subtipos de virus.

Así mismo, condiciones estructurales de vida como la pobreza y los estilos de vida, influyen de manera importante en el pronóstico de la enfermedad al acortar el paso de la exposición al virus a la fase de SIDA y de esta a la muerte (Valdespino Gomez, y cols, 1995). Dada la marginalidad en la que vive un segmento importante de población PID, estos son características que inciden en su sobremortalidad como describiré más adelante.

Adicionalmente, la población PID es aquella con mayor susceptibilidad al virus, pues mientras la probabilidad de infectarse a través de sexo anal receptivo no-prottegido es de 2%, compartir una jeringa infectada genera una probabilidad de infección del 90%. Adicionalmente, los usuarios de inyectables también comparten su equipo de inyección (*cooker*, filtros, agua), lo que genera una probabilidad de infección de 0.7% y realizan prácticas para fraccionar la dosis como el *backloading*⁴, que genera un riesgo del 90% (Bell y Treviño, 1999). Todas estas probabilidades se multiplican, multiplicando el riesgo de infección.

³ A la fecha, se reconoce la existencia de dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El primero fue el que se descubrió originalmente, es el más virulento e infeccioso, presenta mayor variabilidad genética y se le considera responsable de la epidemia global. El VIH-2 es menos contagioso, evoluciona más lentamente y se encuentra principalmente en los países de África occidental (Hoffman y colaboradores, 2007). Cada tipo de virus tiene a su vez varios sub-tipos. Según Schrag y Wiener (1995), en Europa y en el continente americano predomina el subtipo VIH-1B, en Europa Occidental predominan los subtipos VIH-1A, C, D, E y F. En el sudeste asiático el subtipo predominante es el VIH-1E, mientras que en el sur de este continente existe preponderancia del subtipo VIH-1C. No se ha demostrado que los subtipos pueden asociarse con formas de transmisión (Schrag & Wiener, 1995).

⁴ Es la práctica de la preparación de drogas en la jeringa de un usuario y luego se transfiere la solución a una segunda jeringa, retirando el émbolo de la segunda jeringa y rociando gotas de la solución de la primera jeringa en la segunda.

Otras vías de transmisión del virus como el sexo vaginal tienen una probabilidad de infección de 0.1% en mujeres y de 0.05% en hombres⁵. Otras formas de transmisión del virus como los riesgos ocupacionales y la vía perinatal han ido perdiendo importancia gracias a los protocolos de tratamiento y prevención pos-exposición⁶.

La alta prevalencia de VIH en personas que se inyectan drogas (PID), puede ser entendida a través de la interacción de factores como las características biológicas de transmisión del virus, la respuesta institucional a la atención, las oportunidades de acceso a servicios y tratamiento, las condiciones de vida de los usuarios mismos y su relación en posiciones de poder, violencia y marginación social. Por ello, es vital en este estudio tener una mirada de cómo ha sido la historia del VIH en la República y comprender los contextos y dinámicas en los que tienen lugar las denominadas prácticas de riesgo y sus significados en los diferentes momentos del curso de vida individual para poder comprender los cómo, por qué, dónde y entre quienes de la difusión del VIH (Agar, 2002). Estos serán los elementos fundamentales del análisis. Antes de pasar a esta discusión, me parece importante definir qué voy a entender por drogas y desde dónde abordo este fenómeno.

1.2 Acotando el concepto de Uso de Drogas

En esta tesis concibo el uso de drogas como una práctica social en la cual se incorporan al organismo sustancias químicas con características farmacológicas, sobre todo a nivel psicotrópico, con la intención de alterar algunas de sus funciones y cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las

⁵ Ello debido a que la mucosa del pene es más pequeña que la mucosa vaginal, y tienen menor probabilidad de transmitirlo gracias a la forma de saco de la vagina que favorece la contención de fluidos

⁶Por ejemplo, la transmisión ocupacional tiene una efectividad del 0.3%, pero una vez implementados adecuadamente los protocolos de tratamiento post-exposición con antirretrovirales ésta se reduce a casi el 0%. Así mismo, la transmisión por trasplantes y transfusiones si bien es bastante eficiente (90%), gracias a los protocolos de adecuado manejo de las donaciones se ha reducido al cero por ciento en México.

Lo mismo ha sucedido con la transmisión perinatal, que tiene una efectividad del 30%. Se estima que entre el 15 y el 30% de las madres con VIH transmitirán la infección durante el embarazo y parto. En aproximadamente el 75% de estos casos, la transmisión se generará durante los últimos estadios del embarazo o durante el parto. Sólo en el 10% de los casos la transmisión vertical ocurre antes del primer trimestre y entre el 10 y 15% son causados por la lactancia (Bell & Treviño, 1999). El tratamiento antirretroviral en la madre, junto con el parto programado por cesárea y la ausencia de lactancia reduce la probabilidad de transmisión de la infección al bebé al 2% (Censida/Secretaría de Salud, 2014). Los elementos claves para evitar la transmisión son la detección oportuna y el control prenatal, que no siempre están presentes en los contextos de las personas que se inyectan drogas.

diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas” (Romaní, 2008: 302).

Si bien esta práctica ha existido en todas las sociedades humanas desde tiempos inmemoriales, su construcción como problema social es un fenómeno contemporáneo, construido desde tres perspectivas: La jurídico-represivo, médico-sanitarista y la sociocultural (Romaní, 1997).

1.2.1 La perspectiva Jurídica

Desde esta perspectiva se plantea que el control de la oferta de drogas, es una estrategia fundamental para evitar la toxicomanía, farmacodependencia o drogadicción. Desde este enfoque los problemas de los usuarios no son centrales en el debate, sino la penalización del cultivo y comercialización de sustancias.

Este punto de vista está ligado a la lucha por la prohibición -abanderada por Estados Unidos desde finales del Siglo XIX- y consolidada a partir de la Convención Internacional del Opio firmada en La Haya en 1912. En ella, los países firmantes se comprometieron por primera vez a controlar la fabricación, importación, venta, distribución y exportación de morfina, cocaína, y sus respectivos derivados. En 1961 se firma la Convención Única de Naciones Unidas sobre estupefacientes de 1961, donde queda fundamentado el régimen global de control de las sustancias desde entonces fiscalizadas⁷, constituyendo un parteaguas en la historia de la prohibición pues por primera vez establecen disposiciones penales de fiscalización de estupefacientes, por primera vez también se prohíbe el cultivo de ciertas plantas, se impone un control más estricto sobre la cannabis y se pone fin a todos los usos tradicionales y ‘casi médicos’ de la coca, la cannabis y el opio. La toxicomanía es considerada “un peligro social y económico para la humanidad” (Organización de las Naciones Unidas, 1975).

Las sustancias se clasifican desde este modelo en legales e ilegales, según estén o no incluidas en la lista de sustancias prohibidas por decreto en la Oficina de Drogas y Crimen de Naciones Unidas (ONUDD). De acuerdo a Romaní (2003) lo que a partir de entonces se definirá como droga ilegal y todo el mundo que la rodea, pasa a ser considerado como un delito: cultivo, distribución, compra-venta, propaganda, consumo, etc. Los actores e instituciones sociales legitimados para intervenir serán entonces, los policías, los jueces, las cárceles, y los

⁷ Bewley-Taylor y Jelsma, (2011:12) aclaran que “ninguna de las drogas fiscalizadas fue declarada ‘ilegal’ en virtud de la Convención Única y los tratados afines de la ONU. Las sustancias en sí no se prohibieron, sino que su producción y comercio fueron sometidos a estrictos controles para restringir su uso a fines médicos y científicos”.

correspondientes burócratas de las agencias de control de drogas. Esto conllevó a la estigmatización de distintas actividades (de tipo médico, lúdico, religioso, etc.) relacionadas con el uso de las sustancias fiscalizadas, así como la creación de la categoría del “adicto” que será encarnada por un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda sospecha” (Romaní, 2003:439).

Las principales críticas a esta perspectiva es la poca efectividad que ha surtido en términos de control de la oferta de drogas y sus nefastos efectos en términos de la criminalización y marginación de los usuarios de drogas, así como su homogeneización, lo que conllevado a que el uso de drogas implique poner en riesgo la vida por la falta de acceso a servicios de salud, la alta exposición a droga de mala calidad y la violencia desencadenada por la guerra contra las drogas.

1.2.2 La perspectiva médica

Por su parte, desde el punto de vista médico-sanitarista se aborda el uso de drogas como una enfermedad crónica y por tanto un asunto de salud pública. Romaní (2003) plantea que si bien desde finales del Siglo XIX -con el advenimiento de la medicina moderna- se erigieron discursos y prácticas que remitían el control de sustancias a un grupo de expertos, es a partir de la década de los setenta del siglo XX -y debido a que el modelo jurídico no lograba reducir el uso de sustancias-, que el modelo médico cobró cada vez más fuerza, “apareciendo la figura del drogadicto como un enfermo, que debe ser sometido a un diagnóstico, a una terapia que muchas veces requiere la prescripción de determinados fármacos, además de otros aspectos, y a la convalecencia correspondiente; todo ello a través de una relación individual médico-paciente en la que, quien tiene el saber y, por tanto, la capacidad de decisión, es siempre el primero” (Romaní, 2003: 441). Esto supone la institucionalización del “adicto” y posteriormente, la persistencia de su etiquetamiento como toxicómano o ex-toxicómano, con la ambigüedad del concepto que señala tanto una reinserción social más o menos conseguida como una cierta situación de cronicidad (Romaní, 2003).

Desde este discurso, ha habido un esfuerzo por clasificar el uso de drogas y establecer umbrales para detectar cuando un uso es problemático o no. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2013), establece la clasificación más comúnmente utilizada definiendo:

1. Experimentación: Primer uso

2. Uso no problemático: Uso esporádico, usualmente con pares, sin consecuencias negativas
3. Uso problemático: Primera aparición de consecuencias adversas (bajar rendimiento escolar, suspensión de la escuela o el trabajo, accidentes o heridas a causa del uso de la sustancia, discusiones con padres, pares o pareja a causa del uso de la sustancia)
4. Abuso: Cuando el sujeto presenta en 30 días uno o más de los siguientes eventos:
 - Faltar al cumplimiento de obligaciones en la escuela, trabajo o en el hogar a causa del uso de la sustancia
 - Uso recurrente en situaciones riesgosas (ej: conducir)
 - Problemas legales recurrentes
 - Continuar el uso a pesar de problemas recurrentes
5. Dependencia: Cuando el sujeto presenta tres o más de las siguientes situaciones en 30 días:
 - Tolerancia a la sustancia (necesita consumir más para sentir los efectos deseados)
 - Síndrome de abstinencia cuando no ingiere la sustancia
 - Tomar la sustancia en mayor cantidad o por mayor tiempo del planeado
 - Esfuerzos no exitosos de dejar la sustancia o disminuir su uso
 - Gran parte del tiempo destinado a conseguir la sustancia o a recuperarse después de su uso
 - Dejar actividades importantes para el sujeto debido al uso de la sustancia
 - Continuar el uso a pesar de consecuencias dañinas

(American Psychiatric Association, 2013)

Los datos sobre uso de drogas a nivel global parecieran mostrar que la mayoría de usuarios son no-problemáticos. Para México, los resultados de La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica estiman que el 1.1% de la población urbana ha tenido alguna vez un consumo abusivo de drogas y sólo el 0.4% ha desarrollado problemas de dependencia (Medina-Mora, y cols, 2003:8). Sin embargo, es importante resaltar las dificultades de medición del fenómeno en la población general, particularmente la tendencia al sub-reporte y la baja sensibilidad de los instrumentos, así como la dificultad de capturar en encuestas de hogares a los usuarios crónicos, quienes usualmente no tienen un lugar de residencia fija.

De acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso, desde el paradigma médico, las sustancias se suelen clasificar de la siguiente manera:

- Depresoras. Aquellas que disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso, produciendo desde la desinhibición social hasta el coma, pasando por falta de coordinación motriz y confusión mental, embotamiento y sedación. Dentro de estas se ubican el alcohol, los ansiolíticos (pastillas para calmar la ansiedad), opiáceos (opio, heroína, morfina, codeína y sus derivados), hipnóticos (pastillas para dormir) y solventes. Los ansiolíticos se administran oralmente a través de comprimidos o pastillas.
- Estimulantes. Son sustancias que excitan al sistema nervioso central y se caracterizan por la determinación de euforia en el usuario. Aumentan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerzan la vigilia, el estado de alerta y la atención. Dentro de esta categoría se ubican la cafeína, nicotina, esteroides y anabólicos, cocaína, pasta de coca o crack, las anfetaminas y las metanfetaminas.
- Alucinógenas. Son sustancias que alteran la percepción. A su vez se subdividen en indólicos (ácido lisérgico ó LSD y sus derivados y la ibogaína), bencénicos (mezcalina y sus derivados), disociativos (salvia, hongos, ketamina, PCP, DXM), delirogénicos (atropina). Aquí también se clasifica la cannabis y sus derivados.

(National Institute on Drug Abuse, 2008)

Por su parte, La Organización Panamericana de la Salud (2008), reconoce que los usuarios de droga, dependiendo de sus patrones de consumo, del contexto social y de otros factores, tienen un riesgo diverso de contraer o transmitir agentes infecciosos por vía sanguínea o sexual, por lo tanto, clasifica a los usuarios en dos categorías:

- Consumidores de drogas con alto riesgo de adquirir y transmitir el VIH y otras ITS (CODAR): “Aquellos que reportan usar uso de cocaína, pasta de coca, heroína, anfetaminas, metanfetaminas más de 25 días en los últimos 6 meses, o un día por semana, y/o usuarios que utilizan cualquier droga por vía intravenosa”.
- Consumidores de drogas con bajo riesgo de adquirir y transmitir el VIH y otras ITS (NO-CODAR): Aquellos usuarios que reportan no uso de cocaína, pasta de coca, heroína,

anfetaminas, metanfetaminas o que reportan haberlas usado menos de 25 días en los últimos 6 meses.

(Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Si bien, esta clasificación no deja de estar exenta de debate, al enfatizar no en la sustancia en sí, sino en la frecuencia y modo de uso, me pareció la más coherente para incorporar en el análisis cuantitativo de acuerdo al marco teórico-epistemológico que aquí empleo y la más parsimoniosa para analizar su relación con los riesgos a la infección por VIH. Así, aunque la discusión no se agota en esta clasificación, por su simplicidad me permite incluirla en los análisis estadísticos que propongo como variable asociada al calendario de eventos, la conformación de trayectorias y su impacto en el estado de salud de las poblaciones y me permite una primera aproximación para problematizar el concepto de riesgo con los datos que tengo disponibles.

La principal crítica al modelo médico-sanitarita, es el énfasis que se pone en la sustancia y el descuido por el contexto y los significados que le atribuye el sujeto a la misma. Si bien se reconoce la importancia de clasificar para facilitar diagnósticos, se critica este énfasis en el diagnóstico construido de manera atomizada y descontextualizada. Se cuestiona también la figura de poder del médico acosta del sujeto y la estigmatización de éste como enfermo, con su consecuente pérdida de autonomía.

1.2.3 La perspectiva socio-cultural

Este enfoque propone visibilizar el tema de las drogas en términos de la relación droga-sujeto-contexto, subrayando que tanto el manejo de las drogas como la construcción del sujeto vienen determinadas socioculturalmente (Romaní, 2011). Así, el sujeto no es solo un huésped de la “enfermedad” sino que, a partir de su historia personal y de su posición en la estructura social en la que vive, significa de manera particular cada tipo de sustancia y construye expectativas particulares frente a su consumo. Becker (2009) plantea que los significados construidos en torno a las drogas se desarrollan en la medida en que los sujetos van construyendo su propia relación con las sustancias a lo largo de sus trayectorias de uso.

Por lo tanto, los efectos de las drogas y sus consecuencias son analizados en el interjuego entre las características bioquímicas de éstas, las características del sujeto que las usa, y los grupos en los que viven, los estilos de vida en torno a los cuales se inserta su uso, la utilidad social que se

les atribuye, las formas de obtenerlas, las dosificaciones que cada cual consume, las técnicas de su uso y la calidad de las mismas.

En ese sentido, esta perspectiva cuestiona la homogenización de los patrones de consumo que implica la clasificación legal vs. ilegal, en tanto invisibiliza diferencias en términos de dosis, circunstancias de uso y frecuencia, generando una consolidación de estereotipos frente a los usuarios y su criminalización.

Al incorporar en el análisis el contexto histórico, este enfoque asume que “el uso de drogas no es una práctica estática en el tiempo, sino que la relación que establecen los usuarios con ellas, las representaciones y significados atribuidos a ellas y los patrones de consumo, se modifican con el tiempo, ajustándose a cambios en los marcos culturales” (Toquero Hernández, 2014:41).

Los riesgos asociados al uso de drogas, tampoco son analizados sólo en función de la sustancia sola, sino de la relación entre esta y sus tipos y formas de presentación, “las formas de acceso a las mismas, los patrones y técnicas de consumo, los contextos de uso, las relaciones sociales y económicas implicadas, las formas de regulación imperantes” (Romaní, 2003: 440) y “las expectativas culturales que, en un medio social e histórico concreto, contribuyen a la construcción del sujeto y su relación problemática con la sustancia” (Romaní, 2010: 99). Todos estos elementos serán abordados en este estudio, bajo el concepto de ambientes de riesgo, que discutiré más adelante.

La principal crítica que enfrenta este modelo es que, al abordar el uso de drogas desde una perspectiva compleja, no siempre es fácil operacionalizar los conceptos y analizar las relaciones entre los diferentes factores y niveles de realidad de modo que se puedan establecer relaciones causales entre factores específicos y el uso problemático de drogas, por lo que, si bien el marco es muy sugerente, suele ser limitado a la hora de plantear alternativas a realidades concretas.

A pesar de esa limitación, en este estudio, abordé el uso de drogas desde el punto de vista sociocultural, en tanto favorece una comprensión menos individualista y más estructural del fenómeno y su relación con los riesgos a la infección por VIH, al tiempo que rescata la autonomía y capacidad de agencia de los usuarios al no considerarlos enfermos ni delincuentes.

Es por ello que para desmarcarme del lenguaje estigmatizante y estereotipado frente a los usuarios de drogas, evito hablar de adictos y en su lugar propongo el término “usuarios”. Al referirme a las características de uso, recorro al término “uso intenso” para describir una dinámica de uso diario de drogas o de varias dosis en un mismo día.

El conjuntar esta perspectiva con el marco de los ambientes de riesgo va a facilitar la operacionalización de las características estructurales, contextuales e individuales que pretendo analizar en esta tesis en relación con las trayectorias de uso y su relación con el riesgo de infección al VIH.

Antes de describir el marco de los ambientes de riesgo, voy a explicitar qué es la perspectiva de curso de vida y que ofrece al estudio de la relación drogas-riesgo-VIH, pues es este el eje teórico-metodológico que va a permitir dialogar con la epidemiología y las diferentes nociones del riesgo.

1.3 La perspectiva del curso de vida

La perspectiva de curso de vida plantea que el momento en que se experimentan los eventos que configuran las biografías humanas, inciden en la cadena de acontecimientos que los sujetos experimentan posteriormente. La vida es así definida como una sucesión continua de fases construidas y definidas socialmente, configuradas en torno a la vivencia de eventos. Parafraseando a Van Wissen & Dykstra (1999), el estudio de los cursos de vida “consiste en la búsqueda de regularidades sistemáticas en la vivencia de ciertos eventos a lo largo de las biografías individuales” (Van Wissen y Dykstra, 1999: 5).

Al tiempo que ofrece un marco para ordenar y dar sentido cronológico a la vida de los sujetos en términos de su tiempo biográfico o individual, la perspectiva de curso de vida procura ligar ese tiempo biográfico – la edad cronológica -, con el tiempo histórico, que captura los efectos de los cambios sociales en las vidas de los individuos; y con el tiempo social, que refleja las normas sociales existentes en relación con la edad, así como las posiciones sociales y roles. Así, el enfoque de curso de vida permite moverse desde la descripción de la manera como ocurren patrones de eventos, a la comprensión de las maneras en que la forma de dichos patrones son reflejo de instituciones sociales y circunstancias históricas.

Esta perspectiva teórica invita a ligar la red de influencias micro y macrosociales sobre los comportamientos individuales, al plantear que los comportamientos de los individuos influyen procesos de cambio social y viceversa. Mientras las perspectivas más estructurales sobre los riesgos plantean la importancia del lugar y nos ubican en el plano de relaciones sociales de poder, la perspectiva de curso de vida añade el tiempo como eje analítico fundamental de los procesos sociales y de los comportamientos individuales.

Elder y O’Rand (1995), plantean que el curso de vida representa un concepto y una perspectiva teórica. Como perspectiva teórica postula cinco principios básicos:

1. El desarrollo humano y el envejecimiento (*aging*) son procesos que tienen lugar durante toda la vida. Las experiencias tempranas y el significado aunado a ellas, generan nuevas situaciones o eventos. A su vez, el impacto de un evento o transición en la vida es influenciado por ese contexto de la biografía personal, que es la suma entre eventos vividos, contextos en que fueron vividos, significado atribuido por el sujeto y forma como es asimilado en la trayectoria total (Elder GH, Johnson, & Crosnoe, 2003)
2. Tiempo y lugar históricos: El curso de vida de los individuos está incrustado y modelado por los lugares y el tiempo histórico, éstos constituyen el marco de oportunidades en el cual los individuos construyen sus vidas y toman decisiones.
3. *Timing* o Calendario: Es el momento en que son vividos los eventos. Los antecedentes y consecuencias de las transiciones de vida y eventos varían de acuerdo a su calendario en la vida de una persona. Por un lado, el calendario y la secuencia de patrones de eventos de vida afectan los subsecuentes eventos del curso de vida. Por el otro, marca la normativa social sobre lo que se espera del sujeto de acuerdo a la edad. En ese sentido, el *timing* implica para Elder y O’Rand (1995) una adaptación estratégica del individuo a eventos externos y a recursos disponibles de su entorno social.
4. Vidas vinculadas: Las vidas son vividas interdependientemente y las influencias socio-históricas son expresadas a través de las redes sociales en las que están insertos los sujetos. La familia, los colegas, amigos, vecinos, parejas, conforman una red de vínculos en los cuales cada individuo está incrustado, por lo que los eventos que ellos vivan en su curso de vida afectarán el curso de vida del sujeto y viceversa. Así mismo, este principio implica que los eventos vividos en un ámbito de la vida (ej: vida laboral) afectan los otros ámbitos (ej: nupcialidad)
5. Agencia humana: A pesar de que hay unas condiciones históricas, contextuales y sociales que enmarcan la vida de los sujetos, ellos traen siempre su propia experiencia

a cada nuevo evento al que se enfrentan (Elder & O’Rand, 1995) y significan de manera única su historia, lo que, de acuerdo al primer principio, implica el potencial para cambiar la trayectoria misma. Es por ello que los cursos de vida son heterogéneos.

Para el estudio de las transiciones en las biografías de uso de drogas y su relación con el riesgo a la infección de VIH, la perspectiva de curso de vida ofrece un marco organizativo amplio que permite caracterizar diferentes patrones de iniciación y uso de drogas, ordenar analíticamente eventos durante el curso de vida e identificar eventos críticos y factores que contribuyen a explicar cómo llegaron a estructurarse de esa manera los cursos de vida de los sujetos participantes del estudio, de qué maneras estos influyen en sus riesgos a la infección de VIH y en qué medida ciertos eventos e interpretaciones de su realidad pueden considerarse actos de resistencia frente a discursos dominantes sobre sus roles sociales, las drogas y los riesgos.

El elemento central en el análisis de curso de vida es la noción de secuencia, la cual implica que los eventos vividos tienen efectos acumulados en la trayectoria, por lo que las experiencias tempranas son especialmente importantes dada su potencial resonancia a lo largo de la vida. Así, “cada evento marca el punto de partida en una nueva secuencia de vida cuyos encadenamientos muestran divisiones temporales” (Cavagnoud, 2015: 467). Por la ley del efecto, los eventos esperados son premiados por el entorno social al que se pertenece, mientras que los eventos que no se esperan o que son vividos en una secuencia y/o un calendario distinto al esperado, acumulan consecuencias negativas. Los individuos van adaptando su curso de vida a este juego de premios y castigos sociales.

En el ámbito de la salud, la noción de secuencia que incorpora la perspectiva de curso de vida, implica que la relación salud-enfermedad no está determinada sólo por factores biológicos y/o genéticos y circunstancias actuales, sino también por todas las circunstancias vividas por el sujeto desde su concepción.

1.3.1 El concepto de curso de vida y sus componentes

Como concepto, el *curso de vida* es definida como una secuencia de roles asociados a la edad, definidos culturalmente, incrustados en instituciones sociales y, por tanto, sujetos del cambio histórico (Hser, Longshore, & Anglin, 2007). Los cursos de vida son conformados por *trayectorias, transiciones y puntos de inflexión*.

Las trayectorias, son secuencias de eventos que se pueden analizar en términos de posiciones, logros, responsabilidades y aventuras experimentadas por un grupo de individuos (Elder & O’Rand, 1995). Se refieren a patrones formados a lo largo del tiempo a partir de secuencias de transiciones (Hser, Longshore, & Anglin, 2007). Debido a las limitaciones de los datos cuantitativos con los que trabajo en este estudio, no puedo hablar en sentido pleno de trayectorias de uso de drogas, pues no tengo todas las transiciones completas, ni tengo datos sobre las condiciones de vida al momento de experimentar tales transiciones, por ello hablaré de **itinerarios** de uso de drogas para referirme a la secuencia en que se experimentan las tres transiciones aquí estudiadas.

Por **transiciones**, voy a entender cambios de corto plazo en el estado en que se encuentra un individuo y que pueden tener consecuencias en el largo plazo. Las transiciones están siempre incrustadas en trayectorias bajo la forma del calendario en que ocurren, su *secuencia*, *duración* y *espaciamento*. “El interjuego de estos elementos le da una forma y un significado distintos a cada transición en particular y a las trayectorias en general” (Elder GH., 1996: 32). Las transiciones son analizadas en términos de *quantum* y *tempo* (*intensidad* y *calendario*). El primero se refiere a la cantidad o proporción de personas que experimentan el evento y el segundo a cuándo se experimenta. El análisis del *tempo* contempla los siguientes elementos:

- **Timing o calendario** que como expresé anteriormente, es el momento en la vida del sujeto en que son experimentados los eventos.
- **Duración** se refiere al tiempo que pasa un individuo en cada fase de su curso de vida o en un estado del mismo. Por ejemplo, duración de la unión, de la migración y en este caso, duración en un solo tipo de droga o la vía de uso no-inyectada.
- **Espaciamento** se refiere a la cantidad de tiempo que le toma al sujeto pasar de una transición a otra.
- **Secuencia** se refiere al orden en que las transiciones son experimentadas en el curso de vida. Esta secuencia también está normada cultural y socialmente, por lo tanto, cambios en las secuencias típicas de eventos en el curso de vida, bien podrían denotar cambio social o podrían traer efectos negativos al individuo que se sale de la norma.

Los estudios sobre trayectorias de uso de drogas (Kandel, D.B., Yamaguchi, K., y Cousino, L., 2005; Maldonado-Molina & Lanza, 2010) permiten comprender que la conformación de dichas trayectorias son fenómenos complejos, multidimensionales que requiere tomar en consideración factores biológicos y psicosociales en el plano individual, pero también factores contextuales de orden familiar y comunitario y factores estructurales referidos por ejemplo a las políticas de control de drogas y las intervenciones en salud pública sobre adicciones y VIH. Así mismo, los estudios revisados muestran el peso que tiene el calendario de inicio y el tipo de droga de inicio sobre las transiciones posteriores y los comportamientos de riesgo asociados al VIH. Algunos estudios de trayectorias de uso de drogas, subrayan de manera especial la importancia del contexto de los sujetos como un elemento que va a mediar el efecto del calendario de inicio tanto sobre las transiciones subsecuentes sobre los comportamientos de riesgo a la infección de VIH (Valenzuela y Fernández, 2011; López, Krueger & Walters, 2010; Herrera y cols., 2004). Particularmente, los estudios revisados evidencian la importancia que tiene la desigualdad social en la conformación de contextos de riesgo que aumentan la probabilidad de usar drogas, de usarlas más tempranamente y de generar patrones de uso riesgoso para la salud (Duncan y cols., 1998; Durant y cols., 1999; Pudney, 2003; Fuller y cols., 2001; Fuller y cols., 2002; Fuller y cols., 2005). ¿Pero qué es el riesgo y de dónde viene este concepto?

1.4 De los grupos de riesgo a los contextos de riesgo: Marcos para comprender el riesgo de infección al VIH y sus estrategias de prevención

En este apartado reviso algunas perspectivas epidemiológicas desde las cuales se conceptualiza el riesgo y que explican diferenciales en la morbilidad y mortalidad entre grupos poblacionales. Ello me permitirá problematizar las perspectivas más individualistas que abordan la relación VIH – Uso de drogas, al tiempo que posicionar una epidemiología sociocultural para su estudio, que, desde una visión, incorpora la discusión sobre los factores socio-históricos e institucionales en el análisis de dicha relación, sin olvidar el papel que en ella juega la agencia y las particularidades de las biografías individuales.

1.4.1 1950. La epidemiología del riesgo

El descubrimiento del germen a finales del siglo XIX, junto con el espíritu positivista de la época promovió, dentro de la epidemiología una forma de entender la relación salud-enfermedad en la que la primaba la búsqueda por las causas últimas de la enfermedad. A partir de 1950, se

complejizó la idea de causas últimas y en el análisis de las enfermedades no-infecciosas, se acuñó el término “red causal” para plantear que más que un único factor que genera la enfermedad, se trata de un entramado de relaciones entre ellos (Martínez, 2012). El desarrollo de los estudios pioneros de cohorte y de casos y control, -para analizar entre otras cosas, la relación entre uso de tabaco y cáncer por parte de Doll & Hill (Doll & Hill, 1964) y entre obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular por parte de Framingham-, así como los avances en la estadística, particularmente las metodologías de análisis multivariado, favorecieron el desarrollo de una epidemiología moderna, enfocada en las causas más cercanas asociadas a una enfermedad, denominadas ahora “factores de riesgo” (Martínez, 2012).

Desde este lugar, la enfermedad es un estado diagnosticado por el médico, causada por una causa suficiente, esto es, “un conjunto mínimo de condiciones y eventos que inevitablemente producen una enfermedad, al constituirse por una constelación de componentes que actúan en concierto” (Rothman, 1986:11).

El carácter positivista de la epidemiología del riesgo la llevó a suponer que la realidad es directamente observable, por lo que su objetivo, en tanto ciencia, era identificar leyes generales y universales, sin interesarse por el contexto sociocultural donde ocurren los hechos epidemiológicos, considerados como efectos confusores que deben ser controlados en los modelos estadísticos (De Almeida y Ayres, 2009) y obviados en las explicaciones de las enfermedades, en tanto no son objetivables. El concepto de riesgo en esta epidemiología clásica equivale a “una probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada (...) probabilidad que es conocida, unidimensional, estable y cuantificable”. (De Almeida y Ayres, 2009:330)

En el campo de los estudios de VIH, este paradigma epidemiológico encontró que los comportamientos humanos (no uso de condón, múltiples parejas sexuales y/o uso compartido de jeringas) eran la causa más cercana a la infección, en tanto aumentaban la susceptibilidad biológica de los individuos. Ciertos comportamientos fueron considerados entonces como “prácticas de riesgo” y los esfuerzos en materia de intervención se dirigieron a desincentivar dichas prácticas a través de información y cambio de actitudes, empleando principalmente teorías psicológicas de cambio comportamental-cognitivo.

Las prácticas de riesgo hacen parte de lo que se denominó “estilos de vida”, definidas como una “serie de decisiones (desatinadas en este caso) que las personas se empeñan en adoptar y convertir en hábitos, tales como, fumar tabaco, tomar alcohol en exceso, usar drogas ilícitas o no

protegerse adecuadamente en sus prácticas sexuales” (Krieger, 2012: 148). Desde este lugar, se concibe al individuo como un actor racional que toma decisiones frente a su salud y cuya condición de salud o enfermedad constituye la sumatoria de sus elecciones de vida. La responsabilidad de contraer la infección de VIH, recae plenamente en el individuo, un individuo ahistórico y acontextual, separado de sus condiciones de interacción en donde tienen/tuvieron lugar las “prácticas de riesgo”. En este marco, las personas que usan drogas son vistas como incapaces de tomar decisiones pues son “esclavos de su adicción” (Rhodes, 2002: 86).

En el campo de estudio de las drogas, la perspectiva riesgo enfatiza en los factores que generan susceptibilidad biológica y neuronal a la dependencia, los efectos de la exposición a drogas durante el embarazo (Huizink & Mulder, 2006), los efectos fisiológicos de la exposición a ciertas drogas, así como los procesos psicológicos y del desarrollo que podrían explicar la mayor propensión al uso problemático. (Campollo, 2011).

La principal crítica a esta epidemiología es su carácter individualista, que termina culpando a las personas infectadas por haber adquirido la infección, desconociendo las condiciones en las que tales comportamientos tienen lugar e invisibilizando el papel que juega la distribución desigual del poder en las interacciones que conducen a los llamados “comportamientos de riesgo”. O bien, culpando a los usuarios intensos de drogas de no controlar su deseo de no-consumir.

Debido al tratamiento que la epidemiología del riesgo da a los “factores confusores”, según Álvarez Hernández (2008), el principal problema de este paradigma es el supuesto de causalidad entre los factores de riesgo y sus resultados indeseados sobre la salud, pues no se identifica con precisión qué factores son diferentes entre los individuos estudiados y la población general, dado que no siempre es posible conducir estudios de caso-control para comprobar la hipótesis experimental, ni tampoco aislar el efecto de unos factores sobre otros.

1.4.2 1960 La Medicina Social Latinoamericana

En contraste con la epidemiología del riesgo, los planteamientos de la medicina social latinoamericana, la antropología médica y la salud colectiva, conciben la enfermedad ya no como un asunto individual, sino como un fenómeno colectivo que refleja las condiciones en las que viven los individuos, haciendo énfasis más en el análisis de los *procesos* que generan ciertos estados de salud, que en el *estado* mismo. “Considera que todo padecimiento constituye un proceso social, es

histórico y necesita ser reconstruido para poder comprender los significados actuales que tiene no sólo para la población, sino también para el equipo de salud” (Menéndez, 1998: 42).

En las décadas de 1970-1980, la medicina social latinoamericana consolidó un cuerpo de investigación el cual logró demostrar que la articulación entre el proceso social y el proceso de salud-enfermedad-atención viene dado por la manera cómo cada grupo social se inserta en los procesos de producción, esto es, por su condición de clase social⁸ (Laurell, 1982). Así mismo, esta perspectiva “historizó por primera vez el papel de la medicina y el carácter social de los objetos que a ella le interesan” (Castro, 2011:41).

Desde esta perspectiva, se propone que las condiciones colectivas de salud deben analizarse en marcos amplios de tiempo. La salud-enfermedad es concebida como resultado de las características concretas del proceso de trabajo, de las consecuencias de este para la reproducción social y de las transformaciones macro de la sociedad (Laurell, 1982).

En ese sentido, los riesgos frente a un problema de salud se conciben no sólo en función de lo que hace el individuo, sino de la penetración de dicho problema de salud en la población, de las condiciones materiales de vida de esa población y de las intervenciones del Estado frente a esa problemática. Menéndez (1998) plantea que los comportamientos no se pueden reducir al riesgo en sí, ni se pueden separar de las condiciones en las que el sujeto produce y reproduce su vida, de modo que el *estilo de vida* de los sujetos, es su vida en sí y no un riesgo específico y los define como formas de la vida cotidiana diferentes según la clase social. No se habla pues de individuos, sino de sujetos sociales y de relaciones sociales, por lo que los estilos de vida son entendidos como formaciones colectivas.

En este marco, el Estado tiene un papel central en la solución de los problemas de salud, en tanto pone en marcha sistemas de salud que -en teoría-, aminoran las desigualdades sociales ante la muerte y en general, juegan un papel sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Así, la salud es concebida como un derecho de la población y una responsabilidad del Estado, se plantea además que los derechos humanos no pueden alcanzarse sin el empoderamiento de la población para que los demande y los defienda.

⁸ Si bien la producción académica de esta perspectiva es amplia, el trabajo sobre la salud de los trabajadores de Cristina Laurell y de las desigualdades sociales ante la enfermedad y la muerte de Mario Bronfman, se reconocen como hitos dentro de esta producción (Castro, 2011). Cristina Laurell operacionaliza el concepto de clase social para incorporarlo en el análisis de la morbilidad de trabajadores, mientras que Bronfman muestra las limitaciones de incluir sólo variables convencionales (escolaridad de la madre, ingresos) para explicar la mortalidad infantil e incluye en su análisis la posición de clase, la estructura familiar y el funcionamiento de las redes sociales.

La principal crítica a esta perspectiva es la dificultad de bajar del orden teórico-conceptual al operativo en sus planteamientos, de modo que, por ejemplo, las operacionalizaciones del concepto de clase social no siempre son bien logradas y su marco de generalización es siempre pequeño, lo que dificulta el diseño de intervenciones acotadas.

1.4.3 1990. La epidemiología social y la vulnerabilidad

En la década de los noventa la epidemiología hegemónica (de Estados Unidos, Canadá y Europa) retoma los debates en torno a las condiciones estructurales y su relación con las condiciones de salud de grupos poblacionales, a propósito de las reflexiones en torno a los efectos de las medidas de ajuste estructural, los efectos de la denominada “década perdida” y a las transformaciones sociales y económicas que implicó el proceso de globalización. En este contexto, aparece en la escena angloparlante el debate frente a la epidemiología del riesgo y sus conceptos de “causa suficiente” y “factores de riesgo”, aduciendo que ambos constituyen causas superficiales producidas y reproducidas por medio de procesos institucionales mayores, que requieren ser analizados y entendidos (Krieger, 2007:1177)

La epidemiología social, asume que la distribución de las ventajas y desventajas en una sociedad reflejan la distribución de la salud y la enfermedad, por lo que se propone identificar y comprender los mecanismos a través de los cuales opera dicha relación, siendo un campo privilegiado el estudio de las relaciones entre pobreza, estratificación, clases sociales y estado de salud. A diferencia de la epidemiología moderna, la epidemiología social reconoce la importancia de la teoría para construir hipótesis e interpretar los resultados de los modelos empíricos, así como la necesidad de incorporar el análisis de los contextos sociales e históricos para comprender cómo operan las redes de causalidad sobre un padecimiento de salud.

Existen varios marcos teóricos desde donde se explican las desigualdades en la salud y la pobreza, entre ellos el ecológico, la teoría de la modernización y la perspectiva de la vulnerabilidad. Por su relevancia para el estudio del VIH y el uso de drogas, sólo describiré esta última.

1.4.3.1 Vulnerabilidad y salud

El concepto de vulnerabilidad surge –al igual que el del riesgo- en las ciencias naturales para analizar la propensión de las poblaciones a sufrir catástrofes naturales y sociales (Delor & Hubert, 2000). Se refiere a la exposición física al riesgo de experimentar catástrofes y falta de capacidades y de acceso a los recursos para hacer frente a tales catástrofes (García Acosta, 2005).

Desde esta perspectiva, los desastres – y los padecimientos de salud junto con sus consecuencias indeseables - son vistos ya no como eventos, sino como procesos que se van gestando a lo largo del tiempo en un contexto socioeconómico y político-institucional particular y en las trayectorias de vida individuales, a través de interacciones sociales específicas (Delor y Hubert, 2000; De Almeida Filho y Ayres, 2009).

Bronfman y colaboradores (2004:25) aclaran que “mientras el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y la desigualdad sociales (...). La vulnerabilidad frente al VIH equivale a aquella fracción de factores estructurales cuya reducción está determinada por características políticas, sociales y económicas que dan respuesta a las necesidades sociales en su conjunto”.

Tanto en el campo de estudio del VIH/SIDA como en el de uso de drogas, el concepto de vulnerabilidad se cristaliza en situaciones estables que caracterizan a ciertas categorías de población y que aumentan su probabilidad de adquirir la infección o de tener un uso problemático de drogas. Aparece en este contexto el término de *poblaciones vulnerables*, definidas en el campo del VIH como “aquellas personas que antes de la llegada del VIH/SIDA eran ya marginadas, estigmatizadas y discriminadas y se volvieron las de más alto riesgo de infección por VIH” (Gayet, Magis, & Bronfman, 2000), a saber, mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con Hombres, población móvil (migrantes y transportistas), personas que se inyectan drogas.

En el campo del VIH, el enfoque de vulnerabilidad permitió plantear que la posición social, la edad y el género, el estigma y la discriminación, entre otros, son condiciones que, aunadas a factores de susceptibilidad y riesgo, generan las condiciones óptimas para la diseminación de la epidemia al interior de un grupo poblacional particular. Específicamente en el contexto mexicano, el marco de la vulnerabilidad permitió que los migrantes dejaran de ser concebidos como huésped y/o vector potencial del virus (Gayet, Magis, & Bronfman, 2000), para pasar a ser considerados actores sociales. Se hizo evidente entonces que, es su posición en interacciones de distribución

desigual de poder y los contextos en que habitan, lo que los hace vulnerables al VIH y por lo tanto, más expuestos a riesgos de adquirir la infección, no su condición de migrante *per se*.

En el campo del uso de drogas, se acuñó el término de “jóvenes en situación de vulnerabilidad” para dar cuenta de ciertas características que aumentan la propensión al desarrollo de uso problemático de drogas, entre ellas, ser joven, vivir en entornos socioeconómicos deteriorados, en situación de pobreza, desamparo y/o precariedad social, con fragilidad de los vínculos sociales de soporte, con experiencia de agresividad, maltrato físico y/o psicológico, con padres consumidores de drogas y/o con trayectorias de criminalidad.

Si bien el enfoque de la vulnerabilidad permitió que la discusión sobre los factores de riesgo se moviera del individuo a la estructura social, como bien lo explicitan Levine y colaboradores (2004), el concepto de vulnerabilidad termina estereotipando categorías completas de individuos. Al declarar la existencia de “poblaciones vulnerables”, deja de enfatizar en las condiciones estructurales que generan dicha vulnerabilidad y queda enfrascada en las descripciones de las culturas de “los vulnerables”, que terminan siendo vistos como sujetos anómicos que requieren intervenciones que aseguren su integración social, ello sin cuestionar la estructura de la desigualdad y su relación con la supuesta anomia (Levine, Faden, Grady, Hammerschmidt, & Ecke, 2004).

Así mismo, si bien el concepto de vulnerabilidad permitió traer de vuelta el debate instalado por la medicina social latinoamericana entorno a las condiciones estructurales de vida de las poblaciones y sus efectos en sus condiciones de salud, no plantea alternativas de cambio social para abatir tales condiciones de vulnerabilidad, sino más bien mitigar sus efectos a través de acciones específicas del estado focalizadas en las “poblaciones vulnerables”.

Quizás la versión más crítica del concepto de vulnerabilidad lo encontramos en Roberto Castel, quien desde una perspectiva socio-histórica, la relaciona con el concepto de desafiliación social. Para este autor, existe una relación entre el lugar que ocupa el sujeto en la división social del trabajo, su participación en redes sociales y sistemas de protección. Así, los procesos de vulnerabilidad social se caracterizan por ser “una zona intermediaria, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad” (Arteaga Botello, 2008). En estos términos, la vulnerabilidad es definida como proceso y no como estado, y en esa medida, plantea que los sujetos pueden entrar y salir de esta zona de vulnerabilidad.

El concepto de vulnerabilidad de Castel resulta entonces muy interesante para pensar la construcción del sujeto “usuario de drogas inyectables”. Castel expresa que hay una estrecha relación entre la representación de la inutilidad social de los jóvenes de los suburbios parisinos debido a su incapacidad para integrarse al orden productivo y la expresión de cierta peligrosidad de estas zonas de la ciudad, que los termina haciendo responsables de la inseguridad. Así, - nos dice Castel – “en estos cuerpos “vulnerables” se cristalizan los temores y los rechazos de los sujetos no vulnerables” (Arteaga Botello, 2008:169), que hace necesario la implementación de políticas locales que apunten a su integración a través de dispositivos biopolíticos, entre ellos las políticas de control de drogas y delincuencia juveniles y la estigmatización de las prácticas homoeróticas. Lo interesante de la discusión que propone Castel, es precisamente que subraya el estigma detrás del concepto de vulnerabilidad.

1.4.4 El Nuevo Milenio: Los Determinantes Sociales de la Salud

Los desarrollos conceptuales y metodológicos, así como la evidencia empírica producidos desde Canadá y Estados Unidos sobre la importancia de las desigualdades en los estados de salud, derivaron a finales de los años noventa en la noción de determinantes sociales de la salud (DSS), definidos como “las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). El enfoque intenta integrar los diferentes niveles y dimensiones que generan desigualdades en las condiciones de salud-enfermedad de grupos poblacionales, sin embargo, de acuerdo a Breihl (2011), el marco de los DSS no incluye la extensa producción que al respecto se desarrolló desde el pensamiento social latinoamericano desde 1970.

El aporte de esta mirada, es que pone el énfasis en las condiciones estructurales que generan diferenciales en los resultados de salud-enfermedad, dando un lugar en el marco explicativo, no sólo a las características que devienen en condiciones desigualdad, sino a los elementos contextuales, institucionales y culturales que afectan tanto las condiciones de desigualdad misma, como la posibilidad de respuesta individual frente a un problema de salud.

Así mismo, desde los DSS se reemprende la concepción de la salud-enfermedad como proceso más que como un estado, vinculado a las condiciones y formas de vivir y morir de las

personas. Asume además que la salud –y los riesgos a la misma - es multidimensional (física, social, psíquica y cultural (representaciones simbólicas)) y que estas dimensiones están relacionadas de manera compleja. Desde la perspectiva de los DSS se plantea también que la salud es un derecho que debe ser garantizado mediante la acción pública.

Los DSS refuerza la idea de que la vulnerabilidad se genera en interacciones sociales donde hay una distribución inequitativa de poder e intenta dar cuenta de los factores y de los procesos que a diferente nivel (micro, meso, macro) generan vulnerabilidades que se traducen en estados de salud de los individuos.

En ese sentido, un elemento en el que se enfatiza desde esta perspectiva, es la importancia de las condiciones de vida en la temprana infancia sobre las condiciones de vida en las edades adultas, producto de la interacción del desarrollo biológico y las circunstancias sociales y ambientales. Promueve así la formulación de políticas de inversión en la salud física y mental de las madres, así como en su educación. Así mismo, enfatiza en el análisis del impacto de fenómenos estructurales como el aumento del desempleo en el aumento de enfermedades mentales – incluido el uso/abuso de drogas y alcohol-, sobretodo en sociedades en las que el empleo es un indicador de estatus.

Específicamente, los estudios sobre las condiciones de salud de los usuarios de drogas desde la perspectiva de los DSS encuentran que determinantes como vivienda inadecuada y falta de recursos financieros, emocionales y sociales indirectamente exacerban las consecuencias del uso de droga. Por ejemplo, en Estados Unidos han encontrado que las minorías raciales en condiciones de desventaja socioeconómica tienen mayor probabilidad de infectarse de VIH y de experimentar sobredosis, lo cual no se explica sólo por los comportamientos individuales de riesgo, sino por los contextos en los que estos sujetos viven, caracterizados por la segregación, la discriminación y el encarcelamiento (Galea & Vlahov, 2002).

En relación al VIH, los DDS subrayan el hecho de que vivir en condiciones de precariedad disminuye la sobrevivencia de las personas que viven con VIH, por el aumento de las condiciones de estrés, mala alimentación, condiciones de vivienda inadecuada y el menor acceso a redes de atención y servicios, así como el estigma y la discriminación.

Desde la medicina social latinoamericana se critica “el causalismo de los determinantes, pues en la práctica conlleva a actuar sobre determinantes y no sobre cambios de procesos estructurales, invisibilizando las relaciones de dominación subyacentes” (Breihl, 2011: 52) y los

procesos históricos que los ligan. Así mismo, Breihl critica la operacionalización de clase social a través de las variables educación, ocupación e ingreso, pues, en su opinión, descuida las condiciones materiales e históricas y los procesos de intermediación en las que se forjan las relaciones entre las clases. Todos estos elementos llevan -según Breihl-, a que desde la perspectiva de los DSS se identifiquen factores aislados de las problemáticas de salud y el riesgo se conceptualice como un fenómeno contingente, olvidándose entonces la necesidad de “contextualizar la relación *exposición-riesgo* en los modos de vida y la búsqueda del sentido o significado de esta relación en la misma población” (Breihl, 2011: 55)

En el campo del VIH, el inicio del milenio marca un periodo de revisión de las teorías de comportamiento pues a pesar de las enormes cantidades de dinero invertidas, no se lograron los cambios esperados en el control de la epidemia. Por ejemplo, Rhodes y colaboradores (2005) exponen a partir de un análisis de la evidencia global, que las intervenciones con personas que se inyectan enfocadas sólo en los comportamientos individuales, sólo logran una reducción de la transmisión entre el 25 y el 40% (Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman, & Strathdee, 2005)

Se empieza a plantear entonces que lo que hace la diferencia entre una epidemia de VIH creciente o decreciente, no son tanto los cambios en los comportamientos individuales, sino los cambios en las dinámicas y las redes sociales y sexuales (Piot, Bartos, Larson, Zewdie, & Mane, 2008). Gupta y colaboradores (2008) afirman que las intervenciones exitosas en reducir la incidencia de VIH han sido aquellas que han abordado factores estructurales más amplios que moldean o constriñen los comportamientos individuales, como la pobreza, el género o el poder.

Estos factores estructurales son definidos como características físicas, sociales, culturales, organizacionales, comunitarias, económicas, legales o políticas del ambiente que afecta la infección de VIH. Estos factores operan a diferentes niveles sociales y a diferentes distancias para influenciar los riesgos individuales y moldear la vulnerabilidad social a la infección (Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton, & Mahal, 2008)

Gupta y colaboradores (2008), identifican como retos de esta perspectiva la dificultad para generar indicadores de medición y para establecer caminos únicos en los que un factor afecta o no los comportamientos y/o el riesgo de infección, especialmente cuando se tienen acercamientos

muy agregados y/o muy macro de la realidad⁹, por lo que hacen un llamado a la necesidad de abordar desde la investigación los mecanismos a través de los cuales los diferentes factores operan sobre los comportamientos y los riesgos, enfatizando en los contextos locales y las singularidades que toma la epidemia en dichos contextos y con poblaciones específicas.

Desde estos planteamientos, los mecanismos que explican la difusión de la epidemia en una población, no son los mismos para otras poblaciones, lo que implica desarrollar marcos explicativos específicos y realizar análisis comprehensivos del contexto, las relaciones y las interacciones sociales donde la epidemia tiene lugar. Conviene mencionar que mientras la población de hombres que tienen sexo con hombres ha sido muy estudiada desde diferentes lugares teóricos, metodológicos y contextuales, se encuentra un desarrollo mucho menor en el caso de la población de personas que se inyectan drogas.

Algunos elementos que definen el carácter único de la relación VIH y uso de drogas inyectables son, (1) el carácter ilegal de las drogas y la consecuente criminalización de la persona que las usa, asociado a ello (2) el estigma y la discriminación de la que son objeto los usuarios de drogas; (3) el carácter global de las drogas desde el punto de vista de los estilos de vida, de la economía y de sus efectos sobre la salud; (4) el trastocamiento que genera el narcotráfico a nivel local en las relaciones con lo global al relacionar mercados, rutas y redes sociales; (5) la poca respuesta institucional que se da al tema de las adicciones a nivel global y local en comparación con la respuesta desde el punto de vista de la seguridad y el combate al crimen; (6) el hecho de que las prácticas de riesgo no necesariamente tienen lugar en el marco de interacción social, como en el caso de la interacción sexual.

Por ello, se requieren marcos explicativos específicos que permitan comprender los factores y su red de interrelaciones que dan lugar a la propagación del virus entre las personas que se inyectan. En las últimas décadas, el modelo de los ambientes de riesgo, junto con los planteamientos de la epidemiología sociocultural, han intentado responder al reto de incorporar en el análisis una perspectiva más estructural que tenga en cuenta los constreñimientos que impone el contexto.

⁹ En un ejemplo sobre el efecto de la inequidad de género en el riesgo a la infección en mujeres africanas, las autoras explican que esta puede generar dominancia física y social de los hombres, que se traduce en violencia contra la mujer y ello deviene en limitaciones para negociar el uso del condón por miedo a la violencia. Sin embargo, estas limitaciones pueden responder también al miedo de abandono que experimentan las mujeres debido a su dependencia económica por el control que éstos ejercen sobre los recursos.

1.4.5 Los Ambientes de Riesgo

La tesis central de los ambientes de riesgo, en consonancia con los DSS es la necesidad de analizar detalladamente las condiciones sociales y estructurales en las cuales el riesgo tiene lugar. Se definen los ambientes de riesgo como “el espacio físico o social en el cual, una variedad de factores interactúan para incrementar la propensión del riesgo asociado al uso de drogas” (Rhodes, 2002: 88). Estos van desde vivir procesos de exclusión social (expulsión de la escuela, del trabajo, de la casa familiar) hasta infectarse por VIH y/o Hepatitis C y/o morir por sobredosis. Los riesgos son conceptualizados en términos de la probabilidad de vivir un evento adverso.

Los ambientes de riesgo están conformados por el ambiente físico, social, económico y político que operan a niveles macro y micro. Los factores macroestructurales en interacción con los ejes de desigualdad, generan factores de susceptibilidad y factores de vulnerabilidad diferenciados. Los factores de susceptibilidad “determinan la tasa a la cual se propaga una epidemia” (Barnett y cols., 2000 citado por Rhodes, 2002:90). En este estudio, consideramos que el uso de drogas y la infección por VIH se comportan como epidemias. Los factores de vulnerabilidad son las características sociales, ambientales, políticas o económicas que hacen más o menos probable que se experimente un problema de salud (como las adicciones o la infección por VIH) y que estos problemas tengan efectos más o menos nocivos en el curso de vida del individuo.

Entre los factores que operan en la construcción de ambientes de riesgo a la infección por VIH se encuentran transformaciones económicas, la expansión del comercio, transporte y las redes comunicación, la adopción de valores culturales occidentales, el aumento de la migración y la falta de políticas y programas de salud incluyentes, la insuficiencia de los servicios de salud y los conflictos regionales (Rhodes & Simic, 2005), normas sociales de solidaridad intergrupales, uso de drogas en picaderos, presión social por parte de quien administra estos espacios, la criminalización y persecución policial (Strathdee y cols., 2008). De esta manera, los ambientes de riesgo se construyen por la conjunción del efecto de elementos contextuales, institucionales, sociales e individuales.

Desde los ambientes de riesgo se reconoce que las relaciones desiguales de poder, en las que las personas que usan drogas ocupan posiciones de subordinación, incrementan su vulnerabilidad al VIH y deben considerarse por lo tanto dentro de la ecuación como factores

estructurales que crean un ambiente de riesgo de riesgo a la infección y otros padecimientos de salud.

El efecto de tales factores estructurales, es mediado por la respuesta institucional de atención al VIH y al uso problemático de drogas, por las características sociales, económicas, culturales e históricas de la comunidad donde tiene lugar el fenómeno y por los recursos con los que cuenta el sujeto.

Desde esta perspectiva de los ambientes de riesgo, se enfatiza en el carácter multidimensional de la relación VIH – uso de drogas y la necesidad de reconstruir el contexto específico en que las prácticas de riesgo tienen lugar para comprender los mecanismos causales.

La ventaja de la perspectiva de los ambientes de riesgo frente a las otras perspectivas epidemiológicas aquí descritas, es que operacionaliza los factores estructurales a tener en cuenta a la hora de pensar la relación riesgo-drogas-VIH. Sin embargo, sigue teniendo un énfasis sanitarista dado por la importancia que toma el VIH en los estudios y donde sigue habiendo poco lugar para incorporar la voz de los usuarios. Si bien plantea la importancia que tienen factores estructurales como las políticas de droga y la persecución policial en los comportamientos de riesgo y la mayor propensión al VIH, no se cuestiona la construcción del sujeto usuario a través del tiempo ni cómo los discursos institucionales hacen parte también de la construcción de los ambientes de riesgo. En ese sentido, las relaciones de poder y dominación siguen siendo invisibilizadas.

1.4.6 Epidemiología Sociocultural y la relación VIH y Uso de Drogas

A finales de los ochenta se empieza hablar de una epidemiología sociocultural. Esta epidemiología continúa la tradición crítica de la medicina social latinoamericana, la epidemiología social y el marco de la vulnerabilidad, apelando por la necesidad de trascender la mirada fragmentada y descontextualizada de la epidemiología del riesgo, pero incluye una dimensión simbólica-cultural a su análisis.

Desde esta nueva epidemiología se concibe que en la salud-enfermedad-atención se expresan no sólo dimensiones biológicas, sino también dimensiones sociales (referidas a las condiciones de vida de las poblaciones) y una dimensión cultural, la cual “vehicula las expresiones biológicas de la enfermedad tanto en lo relativo a la percepción de las mismas, como al despliegue de dispositivos de gestión de los problemas de salud” (Haro, 2011:11).

Adicionalmente, la epidemiología sociocultural incorpora en el análisis la capacidad de agencia de los individuos, interesándose por estudiar cómo los sujetos afrontan los problemas de salud. Para ello, esta perspectiva invita al investigador a realizar una inmersión en situaciones locales y a explicitar el contexto de obtención de la información, en un “ejercicio reflexivo de reconocimiento de la construcción intersubjetiva de lo que se considera daño a la salud, la forma como se investigan los problemas sanitarios y el tipo de servicios que se ofertan” (Haro, 2011: 26).

Particularmente, desde la epidemiología sociocultural aplicada al campo de uso de drogas se critica, la visión de la persona usuaria de drogas como enfermo y la poca importancia que tienen las condiciones culturales y las instituciones sociales en las cuales los sujetos usuarios viven y usan drogas. Así mismo, se critica las limitaciones que genera la encuesta como método principal para medir el fenómeno de la “adicción” y la falta de indagación en los mismos instrumentos sobre aspectos económicos, políticos, sociales y culturales que se relacionarían con esta práctica (Menéndez, 2011). Bourgois (1998) critica de manera particular cómo la epidemiología tradicional ignora el lugar central que tienen las relaciones de poder¹⁰ en los comportamientos individuales que exponen a los sujetos a la infección por VIH. En ese sentido, la epidemiología sociocultural propone el diseño de estudios mixtos con metodologías cualitativas y cuantitativas para comprender la relación entre lo macro y lo micro, la estructura y la agencia.

Esta perspectiva cuestiona el concepto de dependencia, donde el énfasis está puesto en el componente biológico-químico de la sustancia, nos recuerda en su lugar, que los significados y expectativas atribuidos al uso de sustancias, los rituales en los que se usan y el lugar social que ocupa esta práctica en la vida de los sujetos son elementos fundamentales para comprender los patrones de uso de drogas. Para ello, retoma el concepto de estilos de vida, desarrollado desde la medicina social latinoamericana, para hacer referencia a la relación sujeto-sustancia-contexto. Según Romaní (2011), el concepto de estilos de vida permite des-centrarse del análisis de los comportamientos de uso de drogas para analizar la totalidad del comportamiento de los sujetos, las relaciones de poder y resistencia en las que se insertan y las redes de sentido en las que tienen lugar.

¹⁰ Referido a la “distribución de recursos, el ejercicio de la agencia y la institucionalización del control social en la producción de la desigualdad social” (Bourgois, Lettiere, & Quesada, Social Misery and the sanctions of substance abuse: Confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco, 1997, pág. 156)

Los estilos de vida se refieren a “hábitos adquiridos por los sujetos de un grupo social a partir de sus condiciones materiales e ideológicas de existencia, teniendo en cuenta sus intereses y aspiraciones culturales, elementos todos que acabarán condicionando sus prácticas de salud” (Romaní, 2011: 97).

Un componente central del análisis que propone la epidemiología sociocultural es el análisis del tiempo, la historia, bajo la idea de que es sólo con una mirada de largo plazo que podemos entender cómo se estructuran los procesos sociales en torno un fenómeno de salud, en este caso la relación drogas-riesgo-VIH y las características que toma el fenómeno. Menéndez (1998) expresa que “un análisis diacrónico indica que no sólo cambian las estrategias y formas de atención, sino que se modifica la incidencia de las enfermedades y las relaciones sociales y culturales establecidas por los grupos y sujetos con sus padecimientos” (Menéndez, 1998:47), así como los significados atribuidos a las mismas.

Para este estudio en particular, incorporar la dimensión temporal a nivel individual permite identificar los procesos de acumulación de ventajas y desventajas a lo largo del curso de vida, que podrían explicar la experiencia de vida actual, bajo la configuración de ciertos factores micro-sociales que generan mayor susceptibilidad y riesgo al VIH, así como consecuencias más negativas del uso de drogas. Ello permite romper con la categoría de adicto como totalidad homogénea, reconociendo el universo heterogéneo de población que usa drogas.

A nivel social, el análisis del tiempo permite visibilizar los procesos sociales que favorecen la aparición y/o agudización de problemas de salud, en este caso el uso crónico de drogas y la propagación del VIH en la frontera norte de México en un grupo de varones, así como los marcos interpretativos desde los cuales se asigna un lugar a esta población y se ofrecen opciones de tratamiento. A nivel macro, incorporar el tiempo permite analizar los cambios institucionales que han potenciado la situación actual de salud en torno al uso de drogas y VIH en esa frontera en particular.

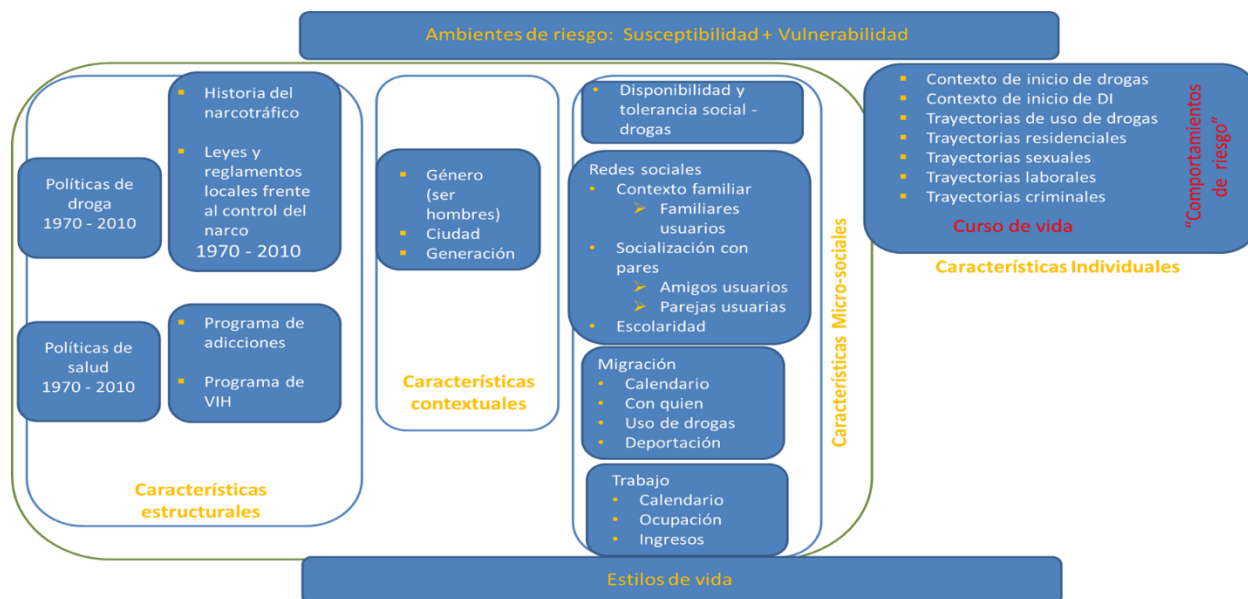
En general, incorporar la dimensión temporal en el análisis de la relación uso drogas inyectables y VIH permite comprender que los factores y sus relaciones no son estáticos, sino que son productos del tiempo histórico, el tiempo social y el tiempo individual en el desarrollan sus vidas los sujetos.

1.5 Propuesta Analítica- Conceptual

Propongo cinco supuestos para el análisis de la relación entre VIH-uso de drogas-riesgo desde una perspectiva de curso de vida y desde la mirada de la epidemiología sociocultural: (1) Existen condiciones estructurales en las que se ubican los sujetos sociales que generan una distribución inequitativa de los ambientes de riesgo y sus impactos en las condiciones de salud de las poblaciones; (2) Los efectos de los ambientes de riesgo y las condiciones estructurales se van acumulando el curso de vida de los sujetos, agudizando sus condiciones de salud a medida que se desarrolla la vida; y (3) El contexto institucional opera como mediador entre los efectos de las condiciones estructurales, de los ambientes de riesgo y los efectos sociales e individuales de la acumulación de desventajas en el curso de vida; (4) los comportamientos de riesgo frente al VIH sólo se pueden entender en el marco de los estilos de vida contruidos a lo largo del curso de vida de los sujetos y determinados por su posición en la estructura social; (5) los sujetos significan de manera particular sus experiencias con las drogas y sus necesidades de salud de acuerdo a su estilo de vida que se construye en interrelación con los contextos institucionales, históricos, sociales y comunitarios en los que estos éstos se desenvuelven.

El diagrama 1 resume los factores específicos que propongo interrelacionar en este estudio.

Diagrama 1. Esquema conceptual para el estudio de las trayectorias de uso de drogas y su relación con las prácticas actuales de riesgo al VIH



A nivel estructural me propongo rastrear los cambios en las políticas de control de drogas y los cambios en las dinámicas del narcotráfico que ha experimentado la República desde 1970. Así mismo, busco contextualizar los cambios en las políticas de salud en el mismo periodo, específicamente en lo referente a la atención a adicciones y VIH. Considero que este marco estructural-institucional, es el contexto histórico que afectará la oferta y demanda de servicios y de drogas y como tal, tendrá un efecto en los itinerarios de uso de droga de los sujetos y las características de su acceso a servicios de salud. Las diferencias en los patrones de uso de drogas y en el acceso a atención en salud entre generaciones, será atribuible a los efectos del contexto estructural-institucional. Así, el concepto de generación me permite ligar las biografías individuales con la realidad histórica. Por simplicidad, voy a equiparar generación con cohorte de nacimiento y voy a asumir el supuesto de que los sujetos de una misma cohorte, comparten el haber experimentado un periodo de tiempo histórico en un mismo momento del tiempo individual.

A nivel individual, la adscripción a una cohorte es tratada como una característica contextual de los individuos y a nivel colectivo, las vidas de los individuos son agregadas en cada cohorte para examinar cambios en los patrones promedio de vivir las transiciones de uso de drogas, esto es en el tiempo social, el orden de los eventos del curso de vida y los roles asignados a cada momento, de acuerdo a las expectativas, sanciones y opciones basadas en la edad.

A nivel intermedio, me interesa analizar cómo la ciudad de residencia genera unas condiciones específicas en las se construye socialmente la práctica de uso de drogas inyectables y en el que esta práctica tiene un sentido particular.

A nivel microsocial me interesa estudiar la socialización primaria y secundaria de los sujetos, para ir visibilizando cómo se inscribe un estilo de vida en torno al uso de drogas en este contexto de socialización más amplio de donde proviene. Incluyo la historia de migración y trabajo, pues hacen parte de los procesos de socialización secundaria que permiten comprender cómo se construyen los estilos de vida individuales.

A nivel individual analizo las transiciones y los contextos en los que estas tienen lugar y planteo la relación susceptibilidad, vulnerabilidad y riesgo al VIH en esa relación compleja entre factores estructurales, sociales, microsociales e individuales.

En el siguiente apartado describo la propuesta metodológica que me va a permitir dar cuenta de esta propuesta analítica para responder mi pregunta de investigación.

2. Metodología

2.1 Pregunta de investigación

La pregunta general que pretende responder la investigación es:

¿Cómo operan algunos factores biográficos, sociodemográficos e institucionales en la construcción de ambientes de riesgo al VIH a lo largo de transiciones de uso de drogas en usuarios de drogas inyectadas de la frontera norte de México?

Esta pregunta puede dividirse en varias preguntas específicas:

- ¿Cómo son las transiciones entre el estado de no usuario a usuario de drogas y de este último a usuario de drogas inyectadas?
- ¿Cómo se relacionan los calendarios de uso drogas con las prácticas actuales de uso de drogas y de riesgo al VIH?
- ¿Cómo operan los factores biográficos, institucionales y sociales en la relación entre los calendarios de las transiciones, los ambientes de riesgo y las prácticas de riesgo al VIH en una muestra cualitativa de usuarios de inyectables de Hermosillo?

2.2 Objetivos

Los objetivos generales del estudio son:

1. Reconstruir las transiciones de uso de drogas desde el estado de no-usuarios hasta el uso inyectado de drogas en una muestra de usuarios de drogas inyectadas de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo.
2. Analizar la relación entre calendarios de uso de drogas y prácticas actuales de riesgo al VIH.
3. Comprender, desde la perspectiva de los usuarios, los mecanismos a través de los cuales los elementos contextuales sociales, económicos e institucionales inciden en la conformación de trayectorias de uso de drogas y ambientes de riesgo al VIH en una muestra intencional de usuarios de inyectables en la zona norte de Hermosillo.

De manera específica, el estudio busca:

- Analizar la intensidad (cuántos) y calendario (cuándo) de algunas transiciones en la biografía de uso de drogas.
- Analizar algunas características que aceleran las edades a algunas transiciones de uso de drogas
- Caracterizar usuarios con transiciones tempranas a la primera droga y aceleradas a la primera inyección
- Analizar la relación entre calendarios de las transiciones de uso de drogas y prácticas actuales de riesgo al VIH
- Analizar, desde la perspectiva de los participantes, cómo se configuran estilos de vida ligados al uso de drogas en una muestra intencional de usuarios de inyectables de tres generaciones diferentes de Hermosillo.
- Analizar cómo factores sociales, económicos e institucionales moldean diferentes ambientes de riesgo al VIH para tres generaciones distintas dentro de una muestra no representativa de usuarios de inyectables de Hermosillo.

2.3 Hipótesis¹¹

- La mayoría de usuarios presentarán itinerarios de uso de drogas escalonados, iniciando con drogas NO-CODAR¹², transitando a las CODAR¹³ no inyectadas, y llegando finalmente al uso inyectado.
- Los usuarios que reportan como droga de inicio alguna droga CODAR (cocaína, cristal, crack o heroína) no inyectada, experimentarán más rápidamente la transición al uso inyectado.
- Los usuarios con inicio temprano de drogas y de drogas inyectadas en particular y con poco espaciamiento entre las transiciones, tienen mayor prevalencia de prácticas de riesgo al VIH. Sin embargo, al controlar por ciudad, los efectos de las transiciones se tornan menos importantes en la prevalencia de prácticas de riesgo al VIH.

¹¹ Reconociendo el carácter inductivo de la aproximación cualitativa, sólo planteo hipótesis para la indagación cuantitativa.

¹² Drogas diferentes a cocaína, pasta de coca, heroína, anfetaminas, metanfenaminas o que reportan haberlas usado menos de 25 días en los últimos 6 meses.

¹³ Uso de cocaína, pasta de coca, heroína, anfetaminas, metanfenaminas más de 25 días en los últimos 6 meses, o un día por semana

- La ciudad de residencia genera ambientes de riesgo particulares en los que tienen lugar las transiciones al uso de drogas, las cuales mediarán el impacto de dichas transiciones en la trayectoria de vida del sujeto, exponiéndolo o protegiéndolo de su exposición a comportamientos de riesgo para infectarse de VIH.
- Los mecanismos a través de los cuales los elementos contextuales sociales, económicos e institucionales inciden en la conformación de trayectorias de uso de drogas y ambientes de riesgo al VIH en una muestra intencional de usuarios de inyectables en la zona norte de Hermosillo.
- Los cambios en las dinámicas de compra-venta-uso de drogas propician cambios en las dinámicas y drogas de inicio y el tránsito más acelerado a la inyección, constituyendo un elemento central en la configuración de estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH. La respuesta institucional en el campo de las adicciones y su falta de coordinación con las instancias de prevención de VIH no logran mitigar estos efectos de los mercados locales de drogas.

2.4 Metodología

Este estudio sigue una metodología mixta secuencial. De acuerdo con Tashakori y Creswell (2007, citado por Doyle, Brady & Byrne, 2009), es un diseño en el que “el investigador recolecta y analiza datos, integra los hallazgos y suscita inferencias usando acercamientos o métodos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio” (Doyle, Brady, & Byrne, 2009:176).

Las metodologías mixtas han ido cobrando relevancia en las últimas décadas en la investigación en salud, dadas las complejidades que implica este campo de estudio¹⁴ y tras los cuestionamientos a la hegemonía que han ejercido los estudios cuantitativos de corte positivista en distintas áreas de la investigación en salud, entre ellas la epidemiología, que - como describí ampliamente en el capítulo teórico –, se enfocaba en la búsqueda de relaciones causales a través de medidas objetivas y la pretensión de neutralidad del investigador ante su objeto de estudio.

¹⁴ Pues se requiere al mismo tiempo, ofrecer hallazgos en alguna medida generalizables a amplios sectores poblacionales, conocer los mecanismos, procesos y contextos que afectan la salud-enfermedad-atención y sugerir elementos de política pública para lograr mejores condiciones de morbi-mortalidad de tales poblaciones, por lo que debe lograr una lectura dinámica entre lo micro y lo macro.

De acuerdo con Bourgois (1998), en el campo específico del uso de drogas inyectadas y su relación con el VIH, hay poco diálogo entre investigación cualitativa y cuantitativa y la investigación tiende a focalizarse en contar comportamientos a través de formatos tradicionales de pregunta/respuesta, pero raramente documentados en su contexto natural, a través de la observación directa y el diálogo con los actores. Ello genera ocasionalmente - según el autor -, hallazgos en apariencia contradictorios, a falta de un marco contextual para comprender su sentido. Según Bourgois (1998), la precisión de las bases de datos cuantitativas de salud pública y nuestra comprensión de quién, por qué, cómo y dónde de la infección de VIH puede mejorarse a través del uso de metodologías mixtas que “combinen datos epidemiológicos con observación participante y a través de una mayor sofisticación teórica con respecto al poder, la violencia y la marginación social extrema, pues las prácticas sociales de las personas que viven en contextos de extremo sufrimiento social y vulnerabilidad al VIH son mucho más contradictorias y complejas de lo que logran captar las encuestas” (Bourgois P. , 1998: 2344).

Desde el inicio de la epidemia del VIH, los estudios epidemiológicos recurrieron a técnicas etnográficas¹⁵ para acceder a las “poblaciones difíciles de alcanzar”, sin embargo, a partir de finales de los noventa la complementariedad entre epidemiología y etnografía se ha planteado menos instrumental y más orgánica (Agar, 2002), de modo que no sólo sea una estrategia para entrar en contacto con las poblaciones, sino también una manera de construir e interpretar los datos de la investigación y diseñar participativamente estrategias de intervención.

De acuerdo a Ciccarone (2003), la epidemiología puede dar a la etnografía un sentido de generalización sobre cómo un grupo es situado en esferas más grandes de la cultura. La etnografía por su parte, permite captar los comportamientos dentro de los contextos de tiempo, lugar y situaciones sociales específicas y en esa medida, brinda elementos para comprender mejor las complejidades del uso de drogas y los riesgos socioculturales a los que se enfrentan los usuarios en el interjuego entre su agencia y la posición en las sociedades en las que están imbricados.

En este estudio en específico, los datos cualitativos – Parafraseando a Creswell (2003) - están incrustados en los hallazgos cuantitativos y buscan explicar las diferencias encontradas en

¹⁵ Por etnografía voy a entender una familia de métodos que suponen contacto social directo y sostenido con agentes y el registro disciplinado y deliberado de eventos humanos. El trabajo de campo implica una inmersión orgánica de larga duración en los mundos sociales y culturales de los otros (Maher, 2002). Está guiada por un marco teórico que faculta el contraste de datos y explicaciones previas de los niveles más macro con datos micro observados in-vivo, en un ejercicio de ida y vuelta (Romaní, 1997).

los comportamientos de riesgo y las prevalencias al VIH entre los usuarios de Hermosillo y aquellos de Tijuana y Ciudad Juárez, buscando con ello generar una imagen más completa y comprehensiva de las características que toma el fenómeno en la capital sonorense, donde ha sido poco estudiado.

A través del análisis cuantitativo, describo las diferencias por ciudad, analizo el *quantum* y el *tempo* de los eventos seleccionados, identifico factores asociados al calendario de los eventos y examino la posible relación entre dichos calendarios y prácticas actuales de riesgo al VIH. A través del análisis cualitativo construyo el estudio de caso para Hermosillo, buscando comprender el marco en el que se construye la relación riesgo y uso problemático de drogas. Para ello, profundizo en las condiciones históricas, institucionales y sociales en las cuales tres generaciones de usuarios de inyectables de Hermosillo inician su relación con las drogas y llegan al uso inyectado de heroína, cocaína y/o cristal en esta ciudad, al tiempo que construyen percepciones de riesgo al VIH y estrategias de reducción de riesgos, analizando la relación entre generación, posición social, género y ambientes de riesgo, todo ello desde el punto de vista de los usuarios mismos.

2.5 Población participante

La población meta del estudio son varones usuarios activos de drogas inyectadas, es decir, que se han inyectado drogas ilegales al menos una vez en el último año. Por las características de la población, podríamos decir que es un muestreo de casos críticos (Martínez Salgado, 2012), en tanto la mayoría de los participantes en el estudio son personas que se inyectan drogas ilegales al menos una vez al día cada día. En ese sentido, es una población rara y constituyen los usuarios más estigmatizados y vulnerabilizados del universo diverso de usuarios de drogas ilegales en México.

2.6 Análisis cuantitativo

2.6.1 *Fuente de datos:* Encuesta de comportamientos de riesgo y prevalencia de VIH entre usuarios de drogas inyectadas de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo, 2012

Los datos del análisis cuantitativo, corresponden a una encuesta de comportamientos financiada por el Fondo Mundial¹⁶ y levantada por el Instituto Nacional de Salud Pública con el apoyo de organizaciones civiles de cada ciudad. Su finalidad fue evaluar el impacto de las intervenciones de prevención de VIH en estas ciudades. Se levantó en lugares de encuentro de Personas que se inyectan drogas (PID) en Hermosillo y Ciudad Juárez durante Enero y Junio de 2012, por lo que implicó un proceso previo de mapeo de los lugares y conteo de población en cada uno de ellos para seleccionar los puntos de encuentro con mayor afluencia de población meta. En Tijuana, la encuesta hace parte de un estudio prospectivo que viene levantando la Universidad de California en San Diego (UCSD) desde 2005 en lugares de encuentro de PID (Proyecto el Cuete IV) (Robertson, y cols., 2014). Los datos a analizar en este estudio fueron levantados de enero a noviembre de 2011. El protocolo de aplicación de la encuesta fue aprobado por los comités de ética del Instituto Nacional de Salud Pública y de la UCSD.

Cuando hablamos de poblaciones difíciles de alcanzar, como las PID es complicado plantear que la encuesta es probabilística, pues se desconoce el universo de población y, por lo tanto, las probabilidades que tuvo cada participante de ser seleccionado en el estudio son desconocidas. Sin embargo, ONUSIDA (2003) reconoce a las metodologías de muestreo de tiempo lugar como probabilísticas.

En Ciudad Juárez se levantaron 432 cuestionarios en 33 sitios de encuentro. En Hermosillo, se levantaron 392 cuestionarios en 19 sitios de encuentro. En Tijuana se levantaron 670 cuestionarios, también en sitios de encuentro¹⁷. En el caso de Ciudad Juárez y Hermosillo eliminé aquellos casos donde había duplicidad de los identificadores únicos. Todos los sujetos en Ciudad Juárez y Hermosillo recibieron un incentivo de \$30 (pesos mexicanos) y firmaron consentimiento informado. En Tijuana, no recibieron incentivo económico.

¹⁶ Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en 2009. Proyecto “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH-TS, y UDI hombres y mujeres”, Proyecto México VIH sida, Ronda 9

¹⁷ No hay información disponible del número de sitios de encuentro para Tijuana.

El análisis cuantitativo se realizó juntando las bases de datos de las encuestas levantadas en las tres ciudades, lo que requirió de una revisión y recodificación cuidadosa de las variables originales de cada base, ya que no todas las variables tenían originalmente las mismas categorías y/o no se presentaban en el mismo orden. En la base unificada sólo incorporé las variables comparables para poder examinar los resultados por ciudad y analizarlos a la luz de los contextos sociodemográficos y de disponibilidad de drogas diferenciados. Las tres encuestas exploran las siguientes dimensiones:

- Datos sociodemográficos (sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil actual, nivel educativo actual, principal fuente de ingresos en el último año, ingresos mensuales del último año)
- Historia de uso de drogas (edad a la primera droga, tipo de droga, forma de administración, ciudad, edad a la segunda droga, tipo de droga, forma de administración, edad tercera droga, etc., edad a primer uso inyectado de drogas, tipo de droga, frecuencia de inyección)
- Historia de tratamiento de uso de drogas (número de intentos, tipos de tratamiento, edad al último intento, tiempo sin usar, factores de recaída)
- Uso de droga en el último año (tipos de droga, forma de administración, frecuencia de uso)
- Comportamientos de riesgo al VIH/VHC (uso compartido de equipo de inyección, número de parejas sexuales, tipos de parejas sexuales, sexo no-protegido)
- Acceso a servicios de salud en el último año

2.6.2 Tamaño de muestra y definición de la población en estudio

El cuadro 1 muestra la distribución de la muestra según la condición de sexo.

Cuadro 1. Distribución de la muestra según sexo y ciudad de levantamiento. México, 2012

Sexo	Ciudad de levantamiento			Total
	Tijuana	Cd. Juárez	Hermosillo	
Varones	437	320	361	1118
	65.2%	74.1%	92.1%	74.8%
Mujeres	233	112	31	376
	34.8%	25.9%	7.9%	25.2%
Total	670	432	392	1494
	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta de diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA en México 2012.

Las tres encuestas obtuvieron información de hombres y mujeres. Sin embargo, tal como se observa en el Cuadro 1, el número de casos de varones es más elevado que el de mujeres y esta relación es muy diferente en cada una de las ciudades. Mientras que en Tijuana las mujeres representan cerca del 35% de la muestra total (n=233), en Hermosillo las mujeres sólo representan el 8% (n=31). El limitado número de casos de mujeres en dos de las tres ciudades, no permite realizar un análisis estadístico adecuado. Por otra parte, la literatura ha señalado que las dinámicas de uso de drogas son distintas entre hombres y mujeres (Bourgois P. , 2002).

Así, la exploración inicial de los datos por sexo de las tres encuestas, deja ver que hombres y mujeres reportan características sociodemográficas muy diferentes, variaciones que son estadísticamente significativas y que por tanto, plantean la importancia de diferenciar el análisis por sexo¹⁸. Así mismo, el análisis de las características de las dinámicas de inicio y uso de drogas pareciera indicar que las mujeres tienen un calendario ligeramente más tardío, se inician con drogas más “duras” que los hombres, usan en mayor proporción que los hombres heroína y metanfetaminas juntas, se inyectan con mayor frecuencia y tienen mayor prevalencia de prácticas de riesgo.

Un análisis por género, supera en mucho las pretensiones de este estudio. Las tendencias aquí observadas, marcan la urgencia de profundizar en el conocimiento de las condiciones de uso de drogas inyectables en mujeres para diseñar mejores programas de atención con enfoque de género. Debido a estas diferencias y al número pequeño de casos de mujeres, decidí que sólo incluía en este estudio a los varones de las tres encuestas: 437 en Tijuana, 320 en Cd. Juárez y 361 Hermosillo, dando un total de casos a analizar de 1118 varones.

¹⁸ Por ejemplo, el promedio de edad de las mujeres participantes de la encuesta es de 35.4 años, un año menos que los varones. El 10% de las mujeres versus el 1% de los varones reportan haber nacido en Estados Unidos ($p<0.000$), mientras que el 55.5% de las mujeres versus el 38.8% de los varones reportan haber nacido en una ciudad diferente a la de residencia actual ($p<0.000$). Es posible que estas diferencias significativas en la condición migrante se asocien al mayor estigma y discriminación hacia el uso de drogas que recae sobre las mujeres, al romper estereotipos tradicionales de género. En términos de escolaridad, las mujeres reportan haber alcanzado menor nivel educativo que los varones (54.3% secundaria incompleta o menos de escolaridad vs. 45.3% en los hombres; $p<0.05$). Así mismo, las mujeres reportan menor nivel de ingresos mensuales y se ocupan en mucha menor proporción que los varones en empleos formales (3.7% vs. 17.6%; $p<0.000$) y en empleos informales (59.8% vs. 71.1% $p<0.000$). Sin embargo, se ocupan casi cuatro veces más vendiendo drogas o como encargadas de picaderos en comparación con los varones (11.4% vs. 4.6% $p<0.000$) y quince veces en prostitución (0.3% vs. 15.7% $p<0.000$). En cuanto al estado civil, las mujeres reportan casi 20% más veces que los varones haberse unido alguna vez en la vida (66.0% vs. 46.2%; $p<0.000$). Todos estos factores constituyen ambientes de riesgo para la infección al VIH que conviene ser estudiados en profundidad.

2.6.3 Procedimiento de análisis de los datos cuantitativos

2.6.3.1 Descripción de los participantes por ciudad y cohorte

La primera parte del análisis cuantitativo es descriptiva. Con este análisis descriptivo, busqué caracterizar a la muestra de varones participantes en la encuesta de acuerdo con la ciudad de residencia y la cohorte de nacimiento, partiendo del supuesto de que tanto la ciudad como la cohorte de nacimiento dan cuenta del efecto de los contextos geográfico e histórico en las dinámicas de uso de drogas. Caracterizo entonces las diferencias sociodemográficas, los patrones de uso de drogas y las prácticas de riesgo al VIH según ciudad y generación. Las diferencias se detectan a través del estadístico Alpha de Cramer y Phi utilizadas en muestras pequeñas.

Esta descripción se enriquece y amplía en las cinco partes siguientes del análisis cuantitativo y se complejiza posteriormente con el análisis cualitativo. A continuación, presento de manera detallada las otras cinco partes del análisis cuantitativo que enriquecen este primer análisis descriptivo.

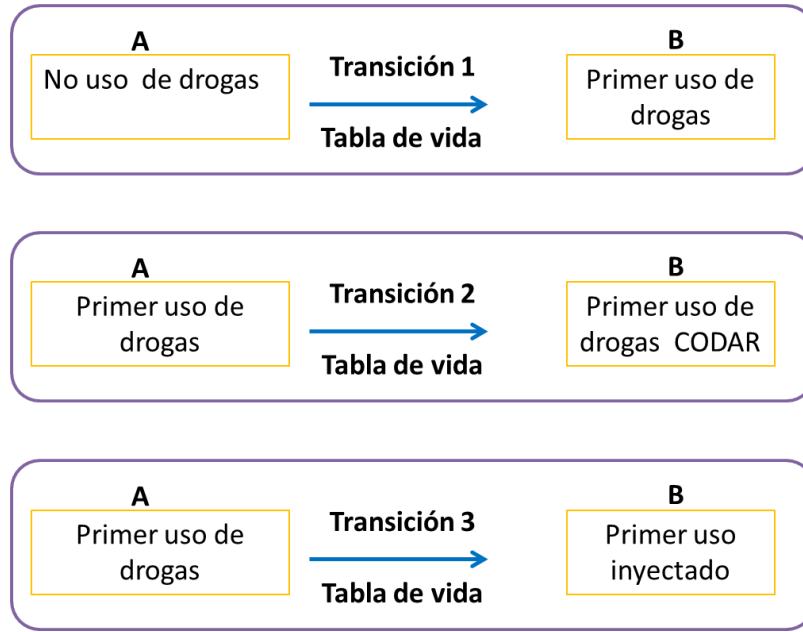
2.6.3.2 Descripción del tiempo e intensidad a través de Tablas de Vida

En un segundo momento, empiezo a explorar los calendarios de uso de drogas. Para ello, a través de tablas de vida, analizo el tiempo que pasa desde el año de nacimiento de cada cohorte hasta la ocurrencia de los eventos de interés (primer uso de drogas, primer uso de CODAR¹⁹, primer uso inyectado de drogas (Ver diagrama 2).

El uso de tablas de vida me permite medir las probabilidades de ocurrencia de cada uno de los eventos en función de la edad para la muestra de participantes, pues toma en cuenta el tiempo que un individuo permanece expuesto al riesgo de vivir un evento determinado y su condición final (Pressat, 2000). Y como la ciudad de residencia y la cohorte son mis ejes analíticos, comparo esas probabilidades según estas características.

Diagrama 2. Transiciones a analizar con la Encuesta de Prevalencias de VIH y Comportamientos de Riesgo en Usuarios de Drogas Inyectadas de Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez, 2012

¹⁹ Cocaína, heroína /o cristal y otras metanfetaminas.



Para calcular estas probabilidades, defino como *conjunto en riesgo* a los individuos de mi muestra que a la edad x no han experimentado los eventos de interés (n_x). Algunos individuos experimentan el evento entre las edades x y $x+1$, estos son denotados con la expresión $d_{x,x+1}$ y con esta información calculo la probabilidad condicional de que el conjunto en riesgo experimente el evento en cuestión entre las edades x y $x+1$, dado que llegó a la edad x sin experimentarlo, ($q_{x,x+1}$). Esta probabilidad es el cociente entre el número de individuos que experimentaron el evento a la edad x y el conjunto en riesgo a esa edad:

$$q_{x,x+1} = \frac{d_{x,x+1}}{n_x}$$

A partir de esta probabilidad, la tabla de vida me permite calcular los “sobrevivientes” (S_x), es decir, aquella proporción de individuos que no han experimentado el evento de interés a la edad x . Al comienzo de la tabla el valor S_x es 1 porque el 100% de los individuos no han experimentado el evento. A medida que se avanza en la edad, los sucesivos valores se calculan multiplicando la proporción de sobrevivientes en el elemento anterior por el inverso de la probabilidad de experimentar el evento en el elemento anterior (Pressat, 2000):

$$S_{x+1} = S_x(1 - q_{x,x+1})$$

Con esta información a su vez, puedo calcular la proporción de individuos que ya vivieron el evento para cada segmento de edad ($1 - S_x$).

De esta forma, la tabla de vida permite conocer la proporción de personas que experimentaron cierta transición entre dos momentos (*quantum*), y el tiempo, o duración, que transcurre para que un porcentaje de la población viva el evento de interés (*tempo*) (Pressat, 2000).

En este estudio, las unidades de análisis del intervalo son las edades de los individuos medidas en años desde su nacimiento hasta el momento en que experimentaron los eventos, ya que no se cuenta con la información más precisa como mes y año. Dado que uno de los criterios de elegibilidad para ser parte del estudio era ser usuario de drogas inyectadas, todos los sujetos habían experimentado todos los eventos de interés al momento de la encuesta, por lo que todos los intervalos contruidos fueron cerrados.

La principal limitación de la tabla de vida es que no me permite conocer el efecto simultáneo de varias variables independientes, por ello, en un tercer momento del análisis cuantitativo, ajusté un modelo de regresión Cox con la finalidad de medir el efecto de la ciudad, la generación y algunas características de las transiciones previas sobre la probabilidad de acelerar o retrasar la vivencia del primer uso inyectado de drogas.

2.6.3.3 Descripción de probabilidades de ocurrencia del primer uso inyectado de drogas a diferentes edades a través de Modelos de Regresión Cox

Los modelos Cox permiten conocer simultáneamente el efecto independiente de una serie de factores sobre la probabilidad de vivir un evento dado a ciertas edades, permitiendo valorar el efecto de diferentes variables independientes sobre la función de supervivencia a lo largo de todo el periodo de observación. Estos modelos brindan una tasa instantánea de riesgo (*hazard rate*) o incidencia, que expresa la velocidad con la que se vive el evento a una edad x controlando por diferentes cofactores (Singer y Willett, 2003). El énfasis en este análisis es ver cómo cambian las tasas de riesgo (*hazard rate*), dependiendo de los diferentes valores de las variables independientes. La formulación general del modelo de regresión de Cox es:

$$h(t, X) = h_0(t) \exp \left(\sum_{i=1}^k \beta_i X_i \right)$$

Donde $h(t, X)$ es la función de riesgo de vivir el evento al tiempo t para un individuo con un conjunto definido de variables explicativas X . El factor $h_0(t)$ es la función de riesgo basal de vivir el evento, en caso de que todas las variables explicativas X valgan cero, y es un valor que varía con el tiempo, pues equivale a la función q_x que veíamos en la tabla de vida. Por ello, el supuesto del que parte el modelo de regresión de Cox es que todos los individuos tienen el mismo riesgo basal $h_0(t)$, el cual aumenta o disminuye según se tengan o no ciertas características que serán las variables independientes. Los coeficientes β_i muestran el efecto de tales variables independientes sobre la función de riesgo. Si se calcula la exponencial de la suma de $\beta_i X_i$ se puede expresar el efecto de cada variable independiente como aumentos o reducciones en el riesgo de experimentar el evento (Cox y Oakes, 1984).

Así, ajustar modelos Cox me permite evaluar las hipótesis sobre el peso que tiene la ciudad de residencia, la edad a la primera droga y el tipo de droga de inicio sobre la probabilidad de vivir el uso inyectado a diferentes edades.

Una ventaja adicional de los modelos Cox es que, al no parametrizar la función de riesgo basal, corro menos riesgo de asumir una función que no corresponde a cómo se comporta la curva en la realidad (Cleves, Gutiérrez, Gould, & Marchenko, 2010), lo cual es especialmente útil para eventos que son raros como el que aquí se estudian (primera droga inyectada) en poblaciones tan poco estudiadas como las personas que se inyectan drogas.

2.6.3.4 Caracterizando factores de riesgo para compartir jeringas con análisis de regresión logística

Finalmente, ajusté un modelo de regresión logística para estudiar la relación entre calendarios tempranos a la primera droga y a la primera inyección y el haber compartido jeringas al menos una vez durante los últimos seis meses. Con ello busco poner a prueba la hipótesis de la puerta de entrada, desde la cual se plantea que la edad de inicio a la primera droga es un factor clave para explicar los calendarios de entrada a drogas de mayor impacto, de vías de administración más peligrosas como la inyectada, así como a mayores prácticas de riesgo para el VIH (Grant & Dawson, 1998). Es decir, la hipótesis a probar es que, aún después de controlar por factores sociodemográficos, la edad a la primera droga sigue estando significativamente asociada a la probabilidad de haber reportado una transición temprana al uso de drogas CODAR, a la primera inyección y a haber compartido jeringas.

La variable dependiente es dicotómica, de modo que:

0= Nunca ha compartido jeringas en los seis meses previos a la encuesta

1= El usuario reportó haber compartido su jeringa al menos una vez

Los modelos de regresión logística permiten estudiar las asociaciones entre una variable dicotómica y algunas características sociodemográficas (Long & Freese, 2006). Su principal ventaja es que permiten controlar el efecto de otros factores que se incluyen en la ecuación y entonces conocer el efecto neto de cada variable independiente –por ejemplo, de la ciudad- controlando por edad, escolaridad y migración respecto de la variable dependiente, que en este caso era transición temprana vs. transición tardía. De modo que:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = b_0 + b_1x_1 + \dots + b_nx_n$$

Donde p es la probabilidad de haber compartido una jeringa al menos una vez en los seis meses previos, X_i es cada una de las características consideradas (cohorte de nacimiento, ciudad de residencia, etc (ver diagrama 3), y β_i son cada uno de los coeficientes asociados a dichas variables.

Seleccioné los modelos con la mejor bondad de ajuste en términos de devianza, prueba de Hosmer & Lemeshow, tabla de clasificación y BIC.

2.6.4 Procesamiento de datos del análisis cuantitativo

2.6.4.1 Ejes de Análisis del calendario e intensidad de los eventos

La perspectiva de curso de vida supone el análisis de los posibles vínculos entre las biografías de los sujetos, estudiadas en este caso con base en las edades en las cuales se experimentaron los eventos de interés, y su relación con el tiempo social y el tiempo histórico, estudiados en función de los cambios sociales, políticos, económicos y culturales que devienen en oportunidades y restricciones impuestas por la sociedad en un momento determinado.

El concepto de cohorte favorece la operacionalización del tiempo social e histórico, pues implica el supuesto de que los sujetos comparten el haber experimentado un periodo de tiempo histórico en un mismo momento del tiempo individual. Por su simplicidad metodológica utilicé la

cohorte de nacimiento, pues permite aislar analíticamente los efectos de cohorte, edad y periodo, y facilita la comparabilidad de los sujetos al homogeneizarlos de acuerdo con su edad al interior de cada cohorte.

Construí un solo corte para definir dos cohortes que me permitieran comparar tiempos históricos, de modo que tuviera suficiente número de casos en el análisis cuantitativo: nacidos antes de 1979, (al momento de la encuesta tenían 33 años o más); nacidos a partir de 1980 (al momento de la encuesta tenían entre 18 y 32 años). Este corte recoge tres grandes grupos de factores que exploraré con mayor profundidad en el análisis cualitativo: los cambios en las dinámicas de compra-venta-uso de drogas²⁰; los cambios en la oferta institucional de atención al VIH y uso de drogas en el país²¹; y la agudización de las inequidades socio-estructurales en la sociedad mexicana y particularmente en la Hermosillense. El interjuego de estos factores macro en las biografías de los sujetos, explicarían las diferencias entre cohortes.

Por su parte, desde el marco de los ambientes de riesgo, la ciudad de residencia es considerada como una medida del nivel meso de cómo los cambios en las dinámicas de los mercados de las drogas y las maneras cómo se implementan las prácticas policiales locales de control de la oferta y de atención en salud impactan los calendarios en que se viven los eventos de interés.

2.6.4.2 Ejes para la caracterización de la relación calendario de uso de drogas – comportamientos de riesgo al VIH

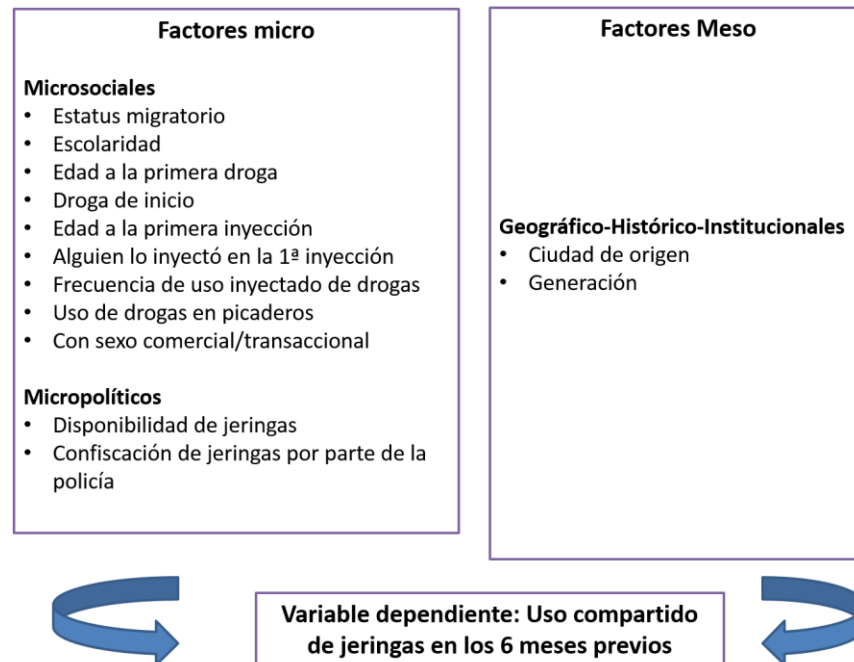
Agrupé las características asociadas a calendarios tempranos o tardíos de los eventos de interés consideradas en los modelos de acuerdo al marco de los ambientes de riesgo descrito en el capítulo teórico. El diagrama 3 muestra las variables seleccionadas para cada uno de los niveles y ámbitos del modelo de ambientes de riesgo.

²⁰ Recordemos que, en la historia del narcotráfico en México, los años setenta y sesenta se caracterizaron por la mayor disponibilidad de marihuana, los ochenta por el aumento en la disponibilidad de la cocaína y la heroína, y a finales de los noventa por la entrada de las metanfetaminas, el aumento en la disponibilidad de heroína y la caída de su precio. Así mismo, antes de los ochenta no se puede hablar propiamente de organizaciones del crimen organizado, que tienen su momento de mayor auge entre las décadas de los ochenta y noventa del siglo pasado y a finales de los noventa asistimos al aumento de su uso de la violencia para disputar el control territorial con otros grupos y su mayor infiltración en los cuerpos de seguridad y los poderes locales y regionales.

²¹

Para el ambiente social en el nivel micro, incluí el estatus migratorio (vive en la ciudad de nacimiento vs. vive en una ciudad distinta), escolaridad (secundaria completa o más vs. menos). y haber tenido una pareja comercial (si vs. no), en tanto dan cuenta de las condiciones de vida de los encuestados.

Diagrama 3. Variables independientes consideradas en las regresiones logísticas



Clasifiqué a las variables relacionadas con las trayectorias de uso de drogas dentro de los ambientes sociales y económicos a nivel micro, dado que implican diferencias en patrones de uso individuales, pero también, reflejan diferencias a nivel meso en términos de los mercados de drogas en cada ciudad. Las variables asociadas al uso de drogas son: Edad a la primera droga, primera droga CODAR, edad a la primera inyección, frecuencia actual de inyección (diario vs. menos de una vez al día), uso de drogas en picaderos, droga más frecuentemente inyectada en los 12 meses previos (Heroína vs. otra). Estos son singularidades de las biografías individuales que pueden considerarse características de los estilos de vida de los entrevistados.

El ambiente político a nivel micro fue incluido a través de variables relacionadas con las interacciones de los usuarios con la policía o instituciones de salud, esto incluye: haber experimentado confiscación de jeringas por parte de la policía y percepción de disponibilidad de jeringas (muy fácil o fácil vs. difícil o muy difícil). Estos son atributos derivados de las políticas de salud y de seguridad que se encarnan en las experiencias individuales.

2.6.5 Limitaciones de los datos cuantitativos

Los datos disponibles en México sobre adicciones presentan deficiencias importantes que dificultan tener una idea del universo de población y de sus condiciones de salud. La situación es peor para las PID, pues debido a su mayor estigmatización, se ocultan para evitar las consecuencias del estigma, lo que lleva a su invisibilización y a considerarlas una población minoritaria o incluso inexistente.

Por ejemplo, es pertinente mencionar que no se aplican instrumentos estandarizados en centros de rehabilitación, clínicas de metadona, prisiones y hospitales públicos a donde acuden las PID. Los servicios privados no están obligados a reportar los datos que levantan entre su población al Sistema de Vigilancia Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA). Adicionalmente, una proporción importante de PID suelen vivir en situación de calle, por lo que son una población sub-representada en las encuestas de hogares. No hay tampoco datos oficiales sobre indicadores de salud para la población en situación de calle que permitiese acercarse de alguna manera a estas cuestiones. Por ello, la información oficial existente en México sobre las personas que usan drogas, no permite hacer un diagnóstico confiable de las condiciones de salud de las PID.

La condición estigmatizada de la población PID, hace que la recolección de la información sea distinta a la de un muestreo aleatorio, es por ello que las encuestas que aquí analizo fueron recolectadas en lugares de encuentro. Esta forma de obtención de los datos pudiera generar una sobrerrepresentación de usuarios que se inyectan varias veces al día y que viven en condiciones de exclusión social y/o de máxima marginación, ya que es probable que usuarios ocasionales, y sobre todo de niveles socioeconómicos más altos, no asistan a estos lugares de encuentro y se provean de drogas en lugares menos visibles. Los datos con los que aquí trabajo no pretenden ser generalizables al universo – no conocido por lo demás – de inyectores en la República, sino dar cuenta de tendencias encontradas en una muestra particular de PID de las tres ciudades con mayor volumen de esta población.

Así mismo, por el tipo de población de estudio, la encuesta iba dirigida a PID, en ese sentido, no se consideraron elegibles los sujetos no-usuarios de drogas, ni aquellos usuarios de drogas que no se inyectan, lo cual es una limitación para el análisis ya que no se tiene una población contraste de no usuarios de droga o usuarios no inyectables. Como se mencionó, los resultados no son generalizables para la población mexicana usuaria de drogas inyectables, sino que presentan

para este grupo de la población tendencias que permiten hacer planteamientos sobre políticas y programas para retrasar las edades de inicio y las implicaciones de calendarios tempranos en comportamientos ulteriores de riesgo.

Dado que las dinámicas de uso de drogas de hombres y mujeres son distintas y a que el uso de drogas suele estar más estigmatizado en las mujeres que en los hombres, en los lugares de encuentro de población PID suelen encontrarse principalmente varones, mientras que las mujeres tienen a consumir en espacios privados. Por ello, en la encuesta hay una baja participación de mujeres que se inyectan (376 en total, 31 en Hermosillo, 112 en Ciudad Juárez y 233 en Tijuana). Ello lleva a subrayar la necesidad de contar con metodologías específicas para analizar la situación de las mujeres que se inyectan, y por eso, en este estudio me centro en estudiar la situación de los varones.

Otra limitación importante de los datos con los que trabajo es que la encuesta no recolecta la historia completa de uso de drogas, sino sólo obtiene una parte de ella. Esta batería de preguntas permite reconstruir algunas transiciones en la historia de uso de drogas de los sujetos. Por otra parte, tampoco se tiene información retrospectiva de las condiciones en las que se encontraba el sujeto al momento de experimentar los eventos. Por ello, los modelos ajustados son muy simples y sólo incluyen algunas variables, lo que podría estar generando un sesgo de especificación. Pese a ello y debido a la falta de mejores datos, los hallazgos pueden plantear tendencias sobre el impacto del contexto geográfico y la cohorte tanto en los calendarios de uso de drogas como en los comportamientos de riesgo al VIH, que pueden recogerse al momento de plantear políticas y programas de reducción de daños.

Adicionalmente, como lo plantean Maher (2002) y Bourgois, Letierre y Quesada (1997), entre otros, el contexto “confesional” de las encuestas de comportamiento, aunado a su aplicación reiterada en el campo, hace que las PID aprendan a dar respuestas aceptables, sub-reportando sus comportamientos de riesgo por el alto costo que implica dicha revelación, al hacerlos parecer autodestructivos e irresponsables tanto para ellos mismos como para el investigador.

Pese a las limitaciones del instrumento y los datos, y debido a la poca información disponible en México sobre la población PID, así como a las dificultades para obtener información con esta población, los datos de la encuesta brindan información relevante para abrir la discusión sobre itinerarios de uso de droga, dinámicas actuales y prácticas de riesgo al VIH en personas que se inyectan drogas en las tres ciudades de estudio.

Para compensar de alguna manera estas limitaciones de los datos, pero sobre todo, para comprender mejor el contexto en el que se ha difundido el uso de drogas inyectadas y el VIH en Hermosillo, y la relación entre uso de drogas inyectadas, riesgo de infectarse de VIH, trayectorias biográficas, subjetividad, contextos de vulnerabilidad y estilos de vida, complemento la información de la encuesta con una aproximación etnográfica y el análisis narrativo de los datos.

2.7 Análisis Cualitativo

El crecimiento acelerado del volumen de usuarios de drogas inyectadas y de la incidencia de VIH en esta población, registrado en la última década en Hermosillo, me llevó desde el inicio de la formulación de esta tesis a considerar la necesidad de profundizar en las dinámicas y trayectorias de uso de drogas en Hermosillo desde un enfoque biográfico. Es particularmente relevante que mientras en 2007 el 1% de los usuarios que acudieron a tratamiento reportaron como droga de impacto la heroína, en 2014 fue de 6% (SSA/SISVEA, 2007, 2014). Así mismo, mientras en el año 2000 sólo 0.3% de los nuevos casos de VIH eran por transmisión de drogas inyectadas, a 2014 el porcentaje es de 1.36% (Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología de VIH/SIDA. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), 2014). La pregunta que surgía al momento de construir los contextos era cómo explicar estos incrementos tan importantes.

Esta intención, se fue reforzando cuando los primeros resultados del análisis descriptivo, mostraron diferencias en los calendarios de uso de drogas en los usuarios de Hermosillo en comparación con los encontrados en Ciudad Juárez y Tijuana, que parecían develar dinámicas distintas de uso de drogas en esta ciudad.

Así, la aproximación cualitativa de este estudio pretende explorar, desde la perspectiva de los participantes, las condiciones en las que los usuarios de distintas generaciones han construido sus itinerarios de uso de drogas, la comprensión del sentido que ellos le dan a su biografía de uso de drogas y sus prácticas de riesgo al VIH, detallando la manera cómo se vive el uso de drogas en el contexto barrial y las estrategias que emplean para hacer frente al contexto de vulnerabilidad en que viven. Así mismo, el análisis cualitativo busca dar cuenta de las maneras cómo el Estado y la sociedad civil Hermosillenses han respondido al fenómeno de uso de drogas y al VIH. Con ello, espero recoger pistas para comprender las diferencias en la prevalencia del VIH encontradas en los usuarios de Hermosillo en comparación con los de Tijuana y Ciudad Juárez.

Para ello, retomé elementos del cuestionario (principalmente lo referente a la historia de uso de drogas y percepción de riesgo frente al VIH), inscribiendo temporalmente las diferentes dimensiones que constituyen la biografía de uso de drogas de un sujeto, analizo continuidades y discontinuidades a lo largo del tiempo individual, y analizo narrativamente las biografías de tres sujetos que ilustran generaciones distintas, comparando la experiencia de tres generaciones de usuarios de inyectables. Así mismo, entrevisté a actores institucionales que ofrecen servicios de salud relacionados a la atención y prevención del VIH y el uso problemático de drogas.

2.7.1 Fuente de datos: Observación participante y Relatos de vida con usuarios de drogas inyectadas

Inicialmente consideré realizar sólo las entrevistas en profundidad, sin embargo, el trabajo de campo mismo me mostró que no era tan sencillo conseguirlas y que para ello debía pasar largas jornadas en los lugares de encuentro de la población usuaria, situación que me abrió a la oportunidad de realizar observación participante²². Parafraseando a Ciccarone (2003:115), “fueron precisamente esas largas jornadas en campo, que se iban llenando de conversaciones informales, mi disposición a hablar de cualquier cosa y mi presencia informal y muy personal” (por ejemplo, casi siempre fui con mi perro al campo), las que me permitieron irme ganando poco a poco la confianza de aquellos usuarios con los que no tenía un contacto previo y entonces, acceder a las entrevistas.

La etnografía no es un método unificado, asume técnicas, posiciones del investigador y formas de analizar y tratar la información de acuerdo con la perspectiva teórica desde la cual se parte. Siendo coherente con la perspectiva de curso de vida, la perspectiva etnográfica que favorecí es aquella que “busca reconocer en los vínculos, las dinámicas, los cuerpos, las expresiones, los modos de sentir, vivir y morir, los modos en que los procesos macro sociales, políticos, económicos se hacen presentes” en un grupo de usuarios de drogas de sectores populares de Hermosillo (Epele, 2010:31).

²² Schensul, Schensul y LeCompte (1999:93) definen la observación participante como “el proceso de aprendizaje a través de la exposición y el involucrarse en el día a día o las actividades de rutina de los participantes”. Ello permite “la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social que se estudia” usando los cinco sentidos Schensul, Schensul y LeCompte (1999:95).

2.7.1.1 *Observación Participante*

De acuerdo con Bourgois (2010), la observación participante ha demostrado ser adecuada para documentar la vida de los individuos “marginados por una sociedad hostil, pues solamente tras establecer lazos de confianza es posible hacer preguntas incisivas sobre temas personales y esperar respuestas reflexivas” (Bourgois, 2010: 43). Así mismo, la observación participante hace posible “confrontar y neutralizar los sesgos que implica el desarrollo de entrevistas en esta población y contextualizar en lógicas locales las características y consecuencias de determinadas prácticas de consumo de drogas” (Epele, 2010: 30).

Básicamente, tuve cinco escenarios de observación: el mercado municipal, la clínica de metadona y tres espacios barriales de encuentro de PIDs, en jornadas que iban por lo regular de 10 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes y algunos sábados.

Al mercado municipal los usuarios acuden a vender objetos que hacen parte de su subsistencia diaria, a comprar algunas drogas y a pasar el efecto de la metadona, pues la clínica queda a unas pocas cuadras. Llegué a este espacio porque allí me citó el primero de mis entrevistados y al estar allí me topé con otros usuarios que conocía de tiempo atrás. Desde esa primera vez, comprendí que el mercado municipal era un espacio clave de encuentro de la población meta del estudio, y establecí que cada semana hacía al menos una jornada de observación en este espacio. Ello me permitió no sólo contactarme con los usuarios que ya había entrevistado, sino conocer a otros usuarios de drogas, no necesariamente inyectables, y sus dinámicas cotidianas, hacerme un poco parte de su cotidianidad, aprender sus lenguajes, enterarme de sucesos de la vida de diferentes usuarios, su relación con la policía y con otras instituciones, así como conectar otras posibles entrevistas.

A la clínica de metadona llegué en primera instancia para realizar entrevistas al personal que allí trabaja. Ello implicó acudir varias veces para explicar los objetivos del estudio, concertar la cita y finalmente conducir la entrevista. Al momento de salir, siempre me encontré con un grupo de usuarios que estaban socializando sobre la banqueta y entre ellos, siempre había alguien conocido, lo que me permitía quedarme y participar en las conversaciones, que también giraban en torno a su cotidianidad, la búsqueda o su desempeño en un trabajo, los efectos de su dosis actual de metadona, o altercados con el personal de la clínica, que eran bastante frecuentes. En ocasiones que no encontraba a nadie en el mercado, bajaba a la clínica para probar suerte y al rato regresaba al mercado, por lo que ambos espacios constituyeron un mismo circuito de observación.

A los tres barrios del norte de Hermosillo fui dos veces a la semana durante dos meses. Uno de ellos era una casa donde se vendía cristal y algunas PID iban a inyectarse. Tuve acceso a este lugar porque era la casa de la persona que me apoyó en la primera exploración etnográfica que realicé en Hermosillo en 2010. Me sentía bastante familiar en este espacio y participaba de las actividades cotidianas, como comer, ayudar a cambiar y cuidar a un bebé mientras su mamá atendía a los clientes o simplemente conversar. Estar ahí me permitía ver el movimiento de los usuarios alrededor de los espacios de compra-venta de droga, escuchar sus conversaciones relacionadas con la calidad de las drogas, el desabasto de algunas, la mayor o menor presencia policial y su participación en otras actividades ilegales. Una vez allí, me movía con grupos de usuarios a otros espacios cercanos de compra-venta de drogas, a tiendas, farmacias y/o a sus casas, lo que me permitía conocer mejor el barrio y a otros actores con los que interactuaban los usuarios.

Los otros dos escenarios barriales eran espacios abiertos, banquetas de esquinas cercanas a lugares de compra-venta de heroína, donde había participado en actividades de reducción de daños. En uno de ellos inicié el campo visitando a los conocidos que tenía allí, para indagar sobre el ambiente del barrio, las últimas noticias y si era posible mi permanencia, tras la muerte por sobredosis de alguno de los usuarios a los que iba a entrevistar. Mis visitas se asociaron a participar en el novenario de la muerte y después a acompañar a la madre. Alrededor de estas visitas me topaba con otros usuarios y se entablaban conversaciones informales que me llevarían a las entrevistas.

En el último de los espacios barriales, el más pobre de los tres y también el de más reciente creación, no encontré a los contactos que me facilitarían el acceso, lo que me llevó a instalarme en el lugar repartiendo jeringas e insumos de inyección segura y sólo a partir de allí, empecé poco a poco a establecer relaciones de confianza con algunos usuarios. Estas relaciones se fueron reforzando en la medida en que iban apareciendo otros usuarios con los que ya tenía relación de tiempo atrás. Este último espacio fue el más difícil para mí, por mi falta de familiaridad. Si bien había usuarios de todas las edades, predominaban los jóvenes con historias recientes y no tan recientes de inyección. Eran jóvenes que no iban a la escuela, ni estaban trabajando y que delinquían desde muy chicos según sus propios relatos.

En todos los escenarios de observación mi estrategia de socialización y de manejo de las ansiedades que emergían en campo fue bromear con los chicos que se acercaban, aprender sus

expresiones, reconocer sus gestos, compartir y asomarme a sus vidas por las rendijas que me iban abriendo en sus relatos, siempre duros, llenos de experiencias de violencia.

En general, mis observaciones en los escenarios barriales me permitieron constatar que el contexto es bastante permisivo frente a las drogas, pues para nadie son secretos los lugares donde se venden y quienes las usan. El uso de marihuana, pastillas y cristal en la calle son actividades que se realizan a la luz del día y sin esconderse. No así, el uso inyectado de drogas, que siempre se hace dentro de una casa. De vez en cuando, pasa una patrulla de la policía, disminuye la velocidad al pasar por donde se aglomeran los jóvenes, intercambian miradas hostiles y continúan.

Los vecinos compran todo lo que los jóvenes roban y también sus tenis, sus playeras, sus gorras, las jeringas que las organizaciones distribuyen. A cambio de unas monedas, las PIDs limpian los jardines, las casas, los carros y hacen otros oficios varios a sus vecinos. No siempre les pagan con dinero, sino con bienes que los usuarios no necesariamente ocupan – como ropa -, y otras veces con cigarros, alcohol e incluso drogas.

En ninguno de los espacios de observación, los participantes se inyectaron frente a mí, aunque si usaban otras drogas (marihuana, pastillas y cristal). Cuando tuve oportunidad de observar la práctica del uso inyectado de drogas, siempre fue en casas particulares y nunca hubo más de dos usuarios juntos.

Mi rol siempre fue el de *“la de las jeringas”*, si bien sólo en uno de los espacios de observación desempeñé ese papel activo durante este estudio. Mi experiencia de trabajo en reducción de daño marcó mi relación con los usuarios y es desde ese lugar que se me aproximaba la mayoría de ellos para pedirme información sobre VIH y otros servicios de salud. Por mi condición de género, les inquietaba mucho verme sola y me preguntaban una y otra vez por qué estaba en ese escenario sola, les conté que ya no trabajaba, que estaba haciendo estas entrevistas como parte de mi estudio. Los que no me conocían me hablaban mucho menos, sólo se sentaban a mi lado y me observaban y sólo después de la tercera o cuarta visita empezaban a hablarme un poco más.

El momento más difícil del trabajo de campo fue la muerte por sobredosis de uno de los usuarios a los que iba a entrevistar. Cuando llegué, estaban sacando su cuerpo, lo que me cuestionó profundamente por el sentido del estudio, la naturalización de las muertes de esta población, tanto por parte de los mismos usuarios como por parte de mis colegas y amigos, la soledad y

vulnerabilidad en la que quedan las madres tras estas muertes y las estrategias que emplean para sobrellevarla.

En campo, nunca oculté mis emociones frente a las situaciones que observaba (mi tristeza ante la muerte, mi enojo ante el abuso policial o las arbitrariedades que padecían los usuarios de la clínica de metadona, mi alegría ante un reencuentro inesperado), lo que proveía una medida de reciprocidad y complicidad en mis relaciones con la población. En ese sentido, nunca me ubiqué como una observadora neutral, sino más bien como alguien comprometida con su situación.

Cada visita era sistematizada en un diario de campo, donde resumía lo acontecido en campo, mis emociones, aprendizajes y reflexiones sobre la jornada, sobre mi posición en el lugar y frente a las situaciones. Las notas fueron sistematizadas para ser integradas en el análisis contextual de los relatos.

2.7.1.2 *Relatos biográficos*

“La historia del sistema social está toda entera en la historia de nuestra vida individual”.
Ferraroti (citado por Reséndiz, 2013:135).

Para profundizar en la comprensión de los itinerarios típicos de uso de drogas, construí relatos biográficos a partir de entrevistas en profundidad. Cohler y Hostetler (2005) plantean que las narrativas de vida dentro de una generación son necesarias para comprender más completamente las dinámicas de cambio social, para distinguir entre efectos de cohorte y edad y para comprender los vínculos entre la comprensión compartida por la generación y las experiencias subjetivas.

Más que abordar la historia de vida total del sujeto, realicé entrevistas en profundidad que giraban en torno a su historia con las drogas. Todas las entrevistas fueron de tipo semiestructurado y tuvieron como eje un guión flexible. La entrevista iniciaba preguntando su fecha de nacimiento y las condiciones de vida actuales (con quien vive y en qué colonia, a qué se dedica) y posteriormente les preguntaba: “Cuéntame cómo ha sido tu historia con las drogas desde que empezaste hasta ahora”, con lo que buscaba elicitarse un relato libre sobre su biografía de uso de drogas.

En muchas ocasiones los participantes iniciaban contando su infancia, otros entraban a contar la historia de su primera experiencia con las drogas, sin embargo, a lo largo de la entrevista, todos hablaron de su vida familiar durante la infancia, de la importancia del grupo de pares durante

la adolescencia, de su participación en la economía ilegal cuando estaban en su momento de mayor uso de drogas y de su vida en pareja cuando hablaban de los hijos. En la mayoría de los casos se cubrieron casi todos los aspectos que había preparado en la guía de entrevista de manera libre, no inducida. El tema del VIH entraba cuando les preguntaba por el uso compartido de jeringas o bien, cuando hablaban de su experiencia en prisión, pero fue el tema menos recurrente de manera espontánea. Como expresa Bertaux, “Si se da una oportunidad para hablar libremente, resulta que la gente sabe mucho acerca de lo que ocurre; mucho más, a veces, que los investigadores” (1983:38). El anexo 1. Presenta la guía de entrevista, su estructura y objetivos.

Las entrevistas fueron audigrabadas. A los sujetos les leí un consentimiento informado y manifestaron verbalmente autorizar la audiograbación y la conversación en general. La grabación solo inició una vez los sujetos manifestaron estar listos para empezar a grabar y una vez habían brindado el consentimiento.

Después de cada entrevista, escuchaba los audios y con ello sistematizaba la información obtenida en una ficha Ageven²³ que me permitía ordenar los eventos y elaborar un resumen de la historia del entrevistado, teniendo como unidad de análisis la edad (ver anexo 2). De acuerdo con Cavagnoud (2015), “la ficha Ageven contribuye a un estudio de la dinámica interna de cada secuencia entre los espacios de socialización de los individuos y de sus múltiples trayectorias (familiares, escolares, profesionales, etc.). Para ello, coloca el conjunto de elementos referidos a la trayectoria de los actores en una matriz temporal que retoma los eventos vividos por los actores en los campos de la vida que interesan en el estudio y/o que son explicitados durante la entrevista y que pueden mostrar una evolución en el transcurso de su existencia: la familia, la escuela, el trabajo, la prisión, el uso de drogas, etc. Así, los datos biográficos están informados de manera datada, descrita e interrelacionada en un calendario único centrado en una temporalidad individual que se articula con las dinámicas en diferentes ámbitos de la vida que son variables en el tiempo” (Cavagnoud, 2015:468).

La ficha me permitió ir sistematizando la información obtenida, elaborar preguntas cuando tenía oportunidad de volver a ver al entrevistado y ajustar las preguntas generadoras de relatos de acuerdo a los aspectos que no funcionaban muy bien en términos del ritmo óptimo de la

²³ Las fichas Ageven “permiten recolectar la información relacionada con las historias de vida ubicando cronológicamente los eventos que ocurren a lo largo del curso de vida de un sujeto. Esto facilita el procesamiento homogéneo de todos los elementos biográficos”. (Vélez Moreno, Cadavid Zuleta, & Galvez, 2004: 7) y el análisis dinámico de los mismos, al permitir observar cómo se suceden eventos de diferentes ámbitos de la vida.

conversación, y de los temas sobre los cuales me interesaba profundizar y/o que iban emergiendo en las entrevistas mismas. De este modo, las entrevistas son distintas unas de otras, si bien conservan el interés general por indagar en los siguientes temas:

1. Situación de vida actual (vivienda, ocupación)
2. Historia familiar (ocupación de los padres, numero de hermanos, historia de uso de drogas en la familia)
3. Historia de uso de drogas
4. Historia laboral
5. Historia reproductiva (Uniones e hijos)
6. Uso de condón
7. Historia de prisión
8. Uso compartido de jeringas
9. Información y servicios sobre VIH

Posteriormente los audios fueron transcritos por terceras personas que ayudaron al proceso. Revisé cada transcripción escuchando los audios y añadí silencios, gestos y emociones que recordaba haber vivido durante la entrevista. En un primer momento analicé los eventos de los itinerarios de uso de drogas de las 13 entrevistas realizadas y transcritas usando el programa AtlasTi para identificar las características, edad, duración, contexto, experiencias y emociones narradas en torno a cada uno de los eventos que constituyen los itinerarios de uso de drogas, así como temas relacionados con las dinámicas de compra, venta y uso de drogas y sus cambios en el tiempo, los intercambios con la policía y la reconstrucción de las trayectorias en los ámbitos educativo, laboral, migratorio, criminal y de reproducción.

Posteriormente, escogí tres entrevistas de las 13 realizadas, para construir relatos a partir de las transcripciones con el fin de presentar esos testimonios en los hallazgos, siguiendo el estilo de análisis de narrativas.

Siguiendo a Chase (2005:657) “la narrativa es *performance* interactivo socialmente situado, producido en un escenario particular, para una audiencia y con un propósito particular. Por ello las historias son flexibles, variables y moldeables en parte por la interacción con la audiencia. Es una producción conjunta entre el narrador y quien escucha”. Por ello escogí las entrevistas de mayor duración y que fueron realizadas justamente con los sujetos con quienes tuve mayor contacto en

campo, dos de ellos a quienes conocía desde 2010 y con quienes tenía lazos de confianza pre-establecidos.

Romaní (1997:49) expresa que “toda historia de vida se basa en la relación diádica entre investigador e informante, a partir de la cual se constituye una síntesis vivencial y dinámica de la historia y estructura social acotada por un tiempo y espacio concretos”. Por ello en el análisis de las entrevistas, describo el contexto en el que cada entrevista fue levantada y cómo conocí a esa persona, pues son elementos que ayudan a comprender por qué se construyó cierto tipo de relato y cómo sucedió ese proceso, al tiempo que ayuda al lector a identificar mi posición con respecto a cada uno de los tres narradores y por tanto a construirse una mirada propia de la manera cómo yo interpreto esos relatos.

Al respecto, Rivas (2003) plantea que “los relatos biográficos en tanto construcciones subsumidas en la modalidad narrativa, constituyen una posibilidad de organizar una serie de experiencias a partir de una narración que les da coherencia, pero el relato nunca representa la vida como tal. La propia expresión narrada implica una selección y por tanto una interpretación de los hechos” (Rivas, 2003: 215). En ese sentido, los relatos biográficos, más que hechos en sí, son interpretaciones actuales de experiencias pasadas, contadas en un contexto de tiempo y espacio específicos que también las afecta, mediadas por la relación entre quien cuenta la historia y quien la escucha y luego re-interpretadas por quien las escucha posteriormente y las vuelve a contar desde su lugar personal particular.

Analiqué cada relato de manera singular, identificando las diferentes posiciones que toma el sujeto a lo largo del relato, buscando conexiones entre las distintas historias que cada narrador me contó en una misma entrevista para luego identificar similitudes y diferencias entre narrativas de usuarios de diferentes generaciones, “enfaticando en patrones de identidad, subjetividades y realidades” (Chase, 2005:663) que cada narrador creó. Esta estrategia analítica me resultó más pertinente que identificar temas transversales a través de los diferentes relatos - como haría por ejemplo un análisis de la teoría fundamentada-, pues mi interés era recuperar el relato total, no fragmentado del sujeto, de modo que pudiera mostrar cómo se yuxtaponen diferentes realidades y situaciones a lo largo de su curso de vida y por ello renuncié al propósito inicial de localizar diferentes temas a través de las diferentes entrevistas.

La ventaja de los relatos biográficos, es que expresan la interacción sujeto-sociedad, en tanto permiten observar las relaciones sociales que llevan a los sujetos a tomar ciertas decisiones,

o bien, que los constriñen (Reséndiz García, 2013). El individuo es entonces el lugar de anudamiento de un conjunto determinado de relaciones sociales, que en este caso conllevan a la construcción de discursos y prácticas frente a las drogas y su relación con el VIH.

2.7.1.3 Entrevistas semi-estructuradas a actores institucionales

Con la finalidad de explorar cambios estructurales relacionados con las políticas locales de atención al VIH y las adicciones, así como al control de drogas y su disponibilidad en Hermosillo, realicé entrevistas semi-estructuradas con actores institucionales clave en la ciudad. A través de las entrevistas buscaba información sobre cambios en las rutas del narcotráfico y su impacto en las dinámicas locales de uso de drogas, cambios en las dinámicas de compra-venta de drogas y cómo afectaron las condiciones de uso en la ciudad, cambios en los programas de atención y prevención de VIH y adicciones. Con ello buscaba identificar eventos que podrían operar como efecto periodo para explicar diferencias intergeneracionales en los patrones de uso de drogas.

El cuadro 2 muestra las instituciones visitadas y donde pude realizar entrevistas a sus funcionarios. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en las oficinas correspondientes y tuvieron una duración promedio de hora y media cada una. Los participantes dieron su consentimiento informado de manera oral antes de iniciar la grabación de las mismas. Las entrevistas fueron audiograbadas y la información fue sistematizada en matrices de análisis.

Cuadro 2. Funcionarios entrevistados por institución. Hermosillo, Sonora. México, 2014

Institución
Centros de Atención y Prevención de Adicciones (CAPA – Antes Nueva Vida) Hermosillo Norte
Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava
Jurisdicción Sanitaria No. 1 De salud mental
Clínica de metadona
Programa estatal de VIH
Programa estatal de salud mental
CAPASITS
Inspira A.C.
Seguridad pública municipal

2.7.2 Muestreo teórico o Selección de los sujetos

Los usuarios de drogas participantes en los relatos biográficos, constituyen una submuestra de los sujetos que fueron encuestados en 2012, en la medida en que fueron seleccionados en los mismos lugares donde se aplicó la encuesta de comportamientos. Los criterios para participar en las entrevistas fueron:

- Ser varón
- Ser mayor de edad
- Ser residente de Hermosillo
- Haberse inyectado drogas al menos una vez en los últimos tres meses
- Haberse inyectado drogas más de una vez al día cada día alguna vez en la vida

La muestra fue estratificada por lugar de encuentro y por cohorte de nacimiento. Al estratificar por cohorte de nacimiento, buscaba tener elementos suficientes para ilustrar características de cada cohorte, de modo que pudiera profundizar en las diferencias encontradas en el análisis cuantitativo. Consideré los lugares de encuentro como un segundo criterio de estratificación de participantes, con la idea de que los hallazgos tuvieran mayor nivel de alcance y profundidad, asumiendo que podría haber diferencias entre los usuarios de los diferentes lugares de encuentro.

Inicialmente consideré como estrategia de reclutamiento la *cadena de referencia o bola de nieve*, donde a partir de los contactos iniciales, se incorporarían nuevos sujetos que cumplieran con los criterios mencionados y que estuviesen en disposición de atender la entrevista. Sin embargo, sólo tres de los entrevistados refirieron a otro usuario con quien se logró la entrevista.

En el resto de casos (diez) abordé a usuarios con los que tenía ya un contacto establecido, o bien con quienes establecí una relación durante las visitas etnográficas que realicé en los lugares de encuentro de la población meta.

Esta situación subraya la importancia de la construcción de vínculos de confianza para lograr que los sujetos relaten ante una extraña eventos dolorosos de sus vidas y situaciones que están al margen de la ley.

El primer contacto lo realicé a través de un amigo de un amigo por Facebook y él refirió a una segunda persona. El lugar de encuentro para la entrevista (el mercado municipal) facilitó a su vez el encuentro con otros usuarios que ya conocía previamente. Decidí entonces seleccionar a los sujetos por lugar de encuentro, aprovechando que en 2010 hice un ejercicio de mapeo de lugares que fue actualizado en 2012. También recurrí a un centro de tratamiento, por recomendación de un informante, pero al momento de recabar la información constaté que no todos los sujetos están internados de manera voluntaria y que es el director quien decide quién participa del estudio y quién no, lo que genera dilemas éticos adicionales, por este motivo sólo realicé una entrevista en este contexto. El cuadro 3 resume la muestra y el número de entrevistas levantadas por lugar de encuentro.

Cuadro 3. Distribución de entrevistas realizadas según edad del entrevistado y lugar de reclutamiento. Hermosillo, Sonora. México, 2014

Edades	Lugar de reclutamiento				
	Metadona – Mercado Municipal	Barrio 1	Barrio 2	Centro Tto.	Total
Menores de 33	Jirafa, James	Pelón, Pirela,	Vicente		5
33-40	JR, Jim, Axel		Aurelio	Murphy	5
Mayores de 40	Caro	Paco	Pirata		3
Total	6	3	3	1	13

En total, realicé 13 entrevistas completas con varones usuarios de drogas inyectadas y 10 entrevistas a actores institucionales. El reclutamiento de usuarios se detuvo al momento en que sentí que había encontrado saturación teórica de los datos.

Una vez las entrevistas se transcribieron, realicé primero un análisis de trayectorias de uso de drogas con las 13 entrevistas y luego seleccioné tres de ellas para presentar en el capítulo de resultados cualitativos. Como comenté anteriormente, para elaborar los tres relatos extensos seleccioné aquellos testimonios que ofrecían descripciones densas de las características

individuales, familiares, sociales y contextuales que, desde el punto de vista de los sujetos, se articulan con sus trayectorias de uso de drogas. Los testimonios fueron seleccionados por su riqueza descriptiva, intentando dar cuenta de diferencias generacionales. Al ser los narradores con quienes construí relaciones más cercanas y de confianza, sus relatos y reflexiones sobre su trayectoria de uso de drogas, sus comportamientos de riesgo, sus identidades y sus posiciones frente a los constreñimientos sociales, institucionales, económicos y políticos a los que se enfrentan son más detallados.

Por su parte, para realizar las entrevistas a actores institucionales, realicé un listado preliminar de instituciones que trabajan el tema de VIH y drogas en la ciudad y las posibles personas a entrevistar. Elaboré cartas de presentación del proyecto con el respaldo de El Colegio de Sonora y solicité citas para la entrevista. Con la ayuda de estos mismos actores fui completando el listado, preguntando por otras instituciones y/o personas que pudieran darme información. No me fue posible concertar citas con la policía estatal ni municipal.

2.7.3 Condiciones de Realización de las Entrevistas

Todas las entrevistas se concertaron con anticipación, de modo que los sujetos decidían el día, la hora y el lugar para realizarlas, buscando con ello que se sintieran cómodos y en confianza. En el caso de los usuarios de drogas, al momento de solicitar la entrevista, les comenté también que la entrevista podría tomar varias horas, por lo que era posible cortar y hacer una segunda sesión o cuantas sesiones ellos estuvieran dispuestos a concederme, de modo que se sintieran cómodos de cortar cuando estuvieran cansados. A la mayoría de los participantes les compré sodas, cigarros y dulces antes y durante la entrevista y los invité a comer al finalizar la misma, con la finalidad de reducir la ansiedad y brindar algo a cambio del tiempo y la información suministradas.

Realicé algunas entrevistas en las casas de los usuarios, aunque la mayoría se llevaron a cabo en espacios públicos. La mayoría de las entrevistas se realizó en una sola sesión, pero otras tomaron dos sesiones. Una de las entrevistas se realizó en seis encuentros distintos. Los cuadros 4 y 5 muestran las características de realización de las entrevistas con usuarios.

Cuadro 4. Distribución de entrevistas realizadas según lugar donde se aplicó. Hermosillo, Sonora. México, 2014

Lugar de la entrevista	Casas de usuarios	Banquetas alrededor de lugares de encuentro	Parques o plazas seleccionados por usuarios	Centro de tratamiento
	Jim Aurelio James	Vicente Pirata Pirela Pelón Paco	Jirafa JR Caro Axel	Murphy
Total	3	5	4	1

Cuadro 5. Distribución de entrevistas realizadas según número de sesiones. Hermosillo, Sonora. México, 2014

Num. Sesiones	Sujetos	Total entrevistas
1	Aurelio, Pirata, Pirela, Jim, JR, Pelón, Murphy, Jirafa, Paco	9
2	Axel, Vicente, James	3
6	Caro	1
Total		13

2.7.4 Procedimiento de análisis de los relatos biográficos

Como la perspectiva que orienta el estudio es el curso de vida, el principal eje de análisis es el tiempo, por ello me interesó comparar la experiencia de uso de drogas en diferentes generaciones de usuarios. Para ello recurrí a dos tipos de análisis cualitativos complementarios: Análisis cualitativo de trayectorias y análisis narrativo.

2.7.4.1 Análisis de trayectorias de uso de drogas

El análisis de trayectorias ha venido siendo empleado en demografía en los estudios sobre trayectorias migratorias, laborales, sexuales y reproductivas como una estrategia para complementar información y complejizar los hallazgos cuantitativos. Desde esta perspectiva más demográfica, describo la duración de los eventos, sus secuencias, las posibles fuerzas que impulsaron a vivir tales eventos, su relación con otros eventos y comparo estas características de acuerdo a la cohorte de nacimiento de pertenencia (1965-1971; 1979-1984 y 1988-1993), que como he venido planteando, corresponden a tres momentos distintos de la atención al VIH y uso de drogas y de la historia del narcotráfico en la República y en Hermosillo. En un segundo momento, según la duración y secuencia de eventos, clasifiqué los itinerarios en tempranos vs.

tardíos y acelerados vs. escalonados, tal como lo hice en el análisis cuantitativo, pero esta vez buscando describir los perfiles sociales y culturales de los participantes que adscribo a una u otra tipología.

La ventaja de este tipo de análisis es que permite observar, documentar e interpretar efectos acumulados de una serie de acontecimientos, en este caso, relacionados todos con los itinerarios de uso de drogas. Ello enriquece el análisis cuantitativo de los eventos que había analizado previamente, en la medida en que incorporo más eventos en esa trayectoria, así como motivaciones, significados y consecuencias atribuidos por los mismos sujetos participantes, cambios en posiciones y estatus que modifican intereses, perspectivas y oportunidades. Adicionalmente, este tipo de análisis recupera la diversidad de itinerarios posibles y la heterogeneidad en las búsquedas de los sujetos en relación con las drogas.

Pese a este importante aporte, encuentro dos limitaciones en el análisis de trayectorias desde esta perspectiva, que aunque es cualitativa, es demográfica. En primer lugar, al centrarse en la descripción de la manera cómo sucede el encadenamiento de eventos, no da lugar a reflexionar sobre cómo el poder²⁴ y la marginación social se relacionan con la vivencia de tales eventos y encadenamientos. En segundo lugar, la voz de los sujetos no queda recuperada, es el investigador quien de acuerdo a su marco temporal ordena los eventos, los caracteriza y clasifica.

Por ello me pareció pertinente complementar este análisis con un análisis narrativo que cuente esos itinerarios de uso de drogas, en el marco de una reflexión más amplia sobre las maneras en que se expresa el poder, la marginación social, los contextos de vulnerabilidad y los estilos de vida en los diferentes momentos del curso de vida de los narradores, y cómo ello incide en sus itinerarios de uso de drogas; qué estrategias emplean estos narradores para compensar su posición desventajosa en la estructura social y cómo las drogas entran a jugar un rol en tales estrategias, tejiendo para ello, los relatos biográficos con relatos sobre la historia socioeconómica y política de Hermosillo, la historia de la atención institucional al VIH y uso de drogas en esta ciudad y los cambios en las dinámicas de compra-venta-uso de drogas y de las sociabilidades al interior del barrio.

²⁴ “Sea entendido como el sistema de justicia criminal y las leyes que controlan las sustancias y la distribución de parafernalia de inyección; la imposición de estructuras ideológicas y sociales de marginación social impuestas por instituciones y discursos hegemónicos, o las estructuras de las redes e identidades y prácticas de riesgo según raza, clase, género, sexualidad y geografía” (Bourgois, 1998:2344)

2.7.4.2 *Análisis narrativo de relatos biográficos de tres generaciones de usuarios*

A diferencia del análisis de trayectorias, el análisis narrativo permite recuperar una doble descripción: por un lado, la realidad interna del narrador y por el otro, el contexto, que facilita desentrañar los efectos de las políticas de drogas, los cambios en las dinámicas de compra-venta-uso y los constreñimientos socioestructurales y culturales sobre las biografías individuales. Al estar estructurado a manera de historia que se desarrolla en el tiempo, con un principio y un final, el análisis narrativo permite tejer de manera minuciosa las relaciones entre el tiempo histórico, el tiempo social y el tiempo individual y en tal sentido, ayuda a evidenciar cómo se construyen discursos y prácticas de poder que explican los comportamientos individuales de riesgo al VIH de los usuarios de diferentes generaciones en Hermosillo y el aumento de su incidencia. El análisis narrativo, favorece quitar la atención exclusiva en el uso de drogas y asumir al usuario como un sujeto complejo, lleno de contradicciones y claro-oscuros, cuya identidad va más allá del uso de drogas y sus problemas de salud van más allá del VIH.

De acuerdo con Chase (2005: 651-652), “el análisis narrativo es un subtipo de investigación cualitativa caracterizada por una amalgama de lentes analíticos multidisciplinarios, diversidad de aproximaciones disciplinares y métodos, que se propone develar particularidades de las biografías narradas por quienes las viven, y cuyo interés central es tratar al entrevistado como narrador durante la entrevista y resaltar su voz durante el análisis, de modo que se recuperen los propios significados que los sujetos le dan a sus eventos y condiciones de vida”.

Desde esta perspectiva analítica, el investigador se ve a sí mismo como un narrador, en tanto desarrolla interpretaciones y encuentra formas de presentar o publicar sus ideas sobre las narrativas que estudia. Es por ello que la reflexividad en torno a su posición con respecto a los entrevistados es fundamental, pues es desde ese lugar que se construye su representación del relato escuchado y re-interpretado y su autoridad interpretativa.

Un criterio fundamental del análisis narrativo es la contingencia, esto es, el vínculo secuencial de eventos, de manera que los relatos fueron estructurados de acuerdo a una secuencia temporal de eventos de uso de drogas.

Escogí el análisis narrativo en lugar de otras técnicas de análisis cualitativo, por el énfasis en rescatar la voz de los sujetos, recuperando las identidades desde las cuales se narran a sí mismos y construyen significados en torno a sus itinerarios de uso de drogas, de manera que nos invita a entrar de lleno en la perspectiva del narrador, lo que en el campo de la epidemiología y el estudio

de la relación entre VIH y drogas es poco usual. Así mismo, el análisis narrativo, al enfatizar en los detalles de cada relato, me permite recuperar la capacidad de agencia de los sujetos evitando la generalización y recuperando la heterogeneidad en las experiencias de uso de drogas, aún dentro de un segmento de población aparentemente similar.

El análisis narrativo me permite así, cavar más profundamente en la relación macro – micro, tiempo histórico, tiempo social, tiempo individual, reflexionando sobre los procesos en los que constituyen estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en tres generaciones de usuarios de inyectables en Hermosillo. Ello favorece en cierta medida exponer la epidemia del VIH y uso de drogas inyectadas en Hermosillo a manera de un estudio de caso, de los mecanismos a través de los cuales estas epidemias van ganando importancia en el contexto de una ciudad de mediano tamaño del norte de la República, lo que implicó un ejercicio de generalización de las experiencias narradas por los sujetos en el marco de su pertenencia generacional, de clase y de género.

Otro elemento que me interesó del análisis narrativo, es su interés por incorporar en el análisis las emociones y el cuerpo, que en el caso específico del estudio de drogas y VIH, es fundamental para comprender cómo se encarnan los discursos y prácticas de poder y de esta manera desnaturalizar, la noción de riesgo y convertirla en categoría de análisis socio-política.

Uno de los principales retos que me plantea este tipo de análisis es decidir quién habla y en qué momentos, si incluir relatos extensos de los narradores o mis propias interpretaciones, pues carezco del espacio suficiente para exponer ambos, de manera que pudiera dar cuenta al mismo tiempo de mi experiencia y la experiencia de los sujetos y analizarla. En ese sentido recurrí a utilizar una voz más autoritaria en los términos propuestos por Chase (2005), de modo que en primer lugar presento un resumen de la historia del narrador y después un relato que contiene básicamente mis interpretaciones sobre el relato contado por el narrador, de manera que lograra mostrar cómo la historia del narrador está constreñida por y presionada contra aspectos mediadores de la cultura (instituciones, organizaciones, discursos y prácticas).

Un segundo reto fue la tematización de los relatos, pues los temas están imbricados unos con otros, por lo que hacer cortes siempre resultó un ejercicio arbitrario, lo mismo que la decisión de qué temas excluir del análisis porque no hacen parte del tema de la tesis, si bien, toda la historia del sujeto tiene elementos para explicar y comprender sus itinerarios de uso de drogas y su relación con el riesgo al VIH. Prioricé entonces en aquellos aspectos más directamente relacionados con el objetivo de la tesis para poder acotar el análisis.

2.7.5 Alcances de las entrevistas y de la estrategia de muestreo teórico propuesta

La primera característica del estudio es que el muestreo se dirige sólo a usuarios que se inyectan alguna droga ilegal al menos una vez al día. Ello nos ubica en el extremo de los usuarios de drogas y puede llevarnos a hallazgos que no necesariamente apliquen para otro tipo de usuarios. Así mismo, si bien hice un esfuerzo por ampliar el universo de usuarios a entrevistar, estableciendo contacto con personas que se inyectan pertenecientes a la clase media, estos no accedieron a ser entrevistados, por lo que sólo logré entrevistas con usuarios marginales –unos más pobres que otros- que incluso se localizan espacialmente en unas colonias muy específicas de la zona norte de la ciudad. Esto es muy importante a la hora de reflexionar cómo el poder y la marginación inciden en la selección misma de los sujetos, pues es posible pensar que la condición de subalternidad y sus mayores dificultades para negarse a participar en el estudio, sean la base a partir de la cual se construye la relación de los participantes con el estudio y conmigo como investigadora.

En segundo lugar, la mayoría de los sujetos entrevistados había tenido contacto con organizaciones que realizan actividades de reducción del daño en la ciudad, pues fue a partir de estas actividades que tuve acceso a ellos. De hecho, la manera en me presentaban era como “*la de las jeringas*”. Es posible que ello genere algunos sesgos en los relatos de los sujetos, para querer mostrar que tienen menos comportamientos de riesgo, por ejemplo, todos los entrevistados expresaron inicialmente no compartir jeringas, sólo cuando enfatizaba en ciertos contextos, o en algunas contradicciones de sus relatos, revelaban que sí habían compartido, sobre todo cuando se encontraban “fondeando”, pero siempre subrayaron que era un comportamiento errático y que ahora no lo hacían.

Al respecto, Maher (2002) y Bourgois (1998) recuerdan que el silencio y brindar información equivocada son formas clásicas de resistencia usadas por los menos poderosos. Para Bourgois (1998), la negación o la ambivalencia en las respuestas y relatos de los participantes deben ser entendidas como estrategias de sobrevivencia de los narradores a partir de las cuales defienden su auto-respeto, en la medida en que no desean ser vistos como idiotas o autodestructivos por parte del investigador. Sin embargo, los autores también plantean que las respuestas elicítadas desde este lugar de conveniencia social pueden ser parcialmente aliviadas por una larga permanencia en campo, por lo que es posible esperar mejores datos en las entrevistas de aquellos sujetos con los que tenía una relación de mayor larga data.

En relación con la calidad de los recuerdos elicitados, para la mayoría de los sujetos fue difícil recordar exactamente las edades y las fechas y daban edades aproximadas. Cuando los eventos estaban muy alejados en el tiempo, el recuerdo de cambios de residencia y en el trabajo fue confuso. Sin embargo, llama la atención que los entrevistados recordaban muy bien cuando habían probado alguna droga y cuando habían entrado y salido de prisión. Estudios similares con esta población han encontrado que los eventos son suficientemente significativos como para ser recordados a detalle y que los sesgos de memoria con respecto a edades específicas son mínimos (Hser y cols., 2008).

Como mencioné anteriormente, la confianza fue un elemento clave para obtener datos más detallados y profundos en las entrevistas. Ello se logró mejor con los sujetos con quienes existía un vínculo previo. El ejercicio etnográfico de estar en el lugar compartiendo el espacio con ellos, facilitó la construcción de vínculos de confianza con aquellos con quienes no existía un vínculo previo y me permitió además conocer las dinámicas cotidianas de socialización en algunos de estos espacios. Apelé siempre al sentido común para saber en qué momento irme, dónde realizar las entrevistas y en qué lugares permanecer. Decidí nunca entrar a los picaderos o casas abandonadas para resguardar mi seguridad, aunque conduje algunas de las entrevistas en las casas de los usuarios, lo que implicó un riesgo, pero también era una señal de reciprocidad y complicidad que me permitió profundizar en mis relaciones con los narradores y en esa medida enriquecer y fortalecer el trabajo etnográfico.

En tercer lugar, es importante tener en cuenta que los entrevistados son sujetos sobrevivientes. Mi experiencia en campo, me permite constatar la alta mortalidad de los varones que se inyectan drogas en los contextos barriales de Hermosillo. Mueren no sólo por sobredosis, sino también por accidentes, por violencia y por enfermedades propias de uso de drogas (cirrosis). La experiencia de prisión es muy recurrente, al igual que la de internamiento voluntario e involuntario. Estas características hacen de la muestra de participantes en las entrevistas, una muestra aún más selecta dentro del universo posible de población meta. Esto es especialmente importante al momento de leer los relatos de los participantes mayores de 40 años, lo que me llevó a preguntarme especialmente con estos narradores mayores ¿qué ha potenciado su sobrevivencia?

En ese sentido, no espero que los hallazgos de este estudio puedan aplicarse a otros usuarios en contextos distintos. Antes bien, busco reconstruir detalladamente los itinerarios de uso de

drogas de estos sujetos particulares y los contextos en que estos fueron experimentados, ello con miras a comprender los contextos de riesgo a los que se enfrentan estos sujetos en Hermosillo y las prácticas de riesgo al VIH en las que se involucran en dichos contextos.

En casi todas las entrevistas - tanto con los usuarios como con los actores institucionales-, una vez apagaba la grabadora, los sujetos seguían hablando con mucha más confianza que cuando la grabadora estaba encendida, dando mayores datos, aclarando otros, lo cual convirtió al diario de campo en una herramienta fundamental del proceso.

Así mismo, encontré que los usuarios se sentían evidentemente incómodos cuando les preguntaba por las dinámicas de compra y venta de drogas en la ciudad, la relación con la policía y los orígenes y destinos de la droga. Los datos al respecto son inexactos y confusos. El trabajo etnográfico en cambio, me permitió observar estas dinámicas y escuchar las conversaciones donde se explicitaban lo que estaba sucediendo en el contexto. Tener la grabadora encendida constituyó una barrera importante para que los sujetos hablaran libremente de este tema.

Mi condición de género implicó un alcance particular de los datos. Denzin (2000:155) plantea que “el proceso de interacción entre investigador y participantes se filtra a través de identidades sociales de género” y que por lo tanto esta característica da forma a la interacción. Para algunos usuarios, el ser mujer los acercaba a mí, dados sus ambientes tan masculinos. Para otros, mi condición de mujer les generaba desconfianza. Otros más, aunque se acercaban, no lograban establecer una comunicación más allá del flirteo, lo que no permitía construir un ambiente adecuado para la realización de la entrevista. Sólo pude entrevistar a usuarios que aceptaban mi presencia y con quienes podía establecer una relación que no giraba en torno al coqueteo. Además del tipo de historia que me cuentan por ser mujer, mi condición de género es en sí misma un filtro a través del cual leo e interpreto las historias que escucho. Bourdieu (2000) señala al respecto que el género, establecido como conjunto objetivo de referencias y *habitus*, estructura la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social.

Tampoco es menor mi identidad como “*la de las jeringas*”, que me asocia con un discurso sanitario en torno al cual los sujetos moldean sus discursos, evidencian, minimizan y/u ocultan ciertas prácticas, para no perder su dignidad frente a mí.

Partiendo de este supuesto, es posible que algunos entrevistados magnificaran su participación en hechos violentos o delictivos para impresionarme y otros lo minimizaran al advertir las reacciones de mi lenguaje corporal. Por ejemplo, en algunas de las entrevistas en las que me contaban eventos criminales en los que habían participado, a medida que me describía la situación o el evento, una sensación de miedo me iba colonizando, seguramente ese miedo se expresaba en reacciones corporales que ellos seguramente percibían, lo que pudo haber interferido en la manera cómo iban construyendo sus relatos en su relación conmigo. Cuando escuchaba estos sucesos, mis sentimientos hacia estos sujetos con los que sentía una empatía entonces se tornaban contradictorios y yo misma podía percibir como me alejaba físicamente de ellos, mientras que en otros momentos de la entrevista me sentía muy cómoda con su cercanía e incluso, sentía el impulso de tocarlos.

Sin embargo, dado que el objeto del estudio no eran estas actividades criminales, sino los calendarios de uso de drogas y otros eventos del curso de vida, considero que este sesgo no tiene un impacto mayor sobre el estudio. Particularmente, decidí no profundizar en estos aspectos durante las entrevistas para no desviarme del tema principal de mi indagación y para evitar sospechas innecesarias.

También fueron evidentes en algunas situaciones mis emociones frente a la cotidianidad que me compartían. Por ejemplo, un día me contaron un relato sobre la desaparición forzada y posterior posible asesinato de uno de los personajes que solía habitar uno de los lugares de observación, al ver mi cara una de las personas que me estaba contando el suceso me interpeló: *“aquí ya estamos curados de espanto, la vida se ha vuelto complicada últimamente, los muchachos siempre andan haciendo chingaderas y ahora ya el que la hace, la paga, acostúmbrate morra”*. También eran evidentes mis emociones cuando me encontraba a algún usuario muy golpeado y ante mis gestos me decían *“No te agüites, son los gajes del oficio, uno se acostumbra”*. La muerte de uno de mis potenciales participantes me golpeó especialmente, tanto que me ausenté por una semana del barrio y en lo sucesivo nunca me abandonó una sensación de que esa podría ser la última vez que veía a la persona que tenía al frente. Mis reacciones emocionales contrastan con la normalidad de la lógica de la desaparición, la tortura y el crimen en que vive esta población. Es muy posible que los sujetos con los que interactuaba leyera esas emociones en mí, generando simpatías y antipatías que se expresan en su deseo de participar o no en las entrevistas, en su menor o mayor apertura hacia mí y en la menor o mayor riqueza de sus relatos.

De otro lado, por las condiciones en que se levantaron algunas entrevistas, no siempre fue posible estar a solas con el entrevistado. En ocasiones llegaban personas al lugar donde nos encontrábamos y en ocasiones éstas permanecían durante la conversación. Aunque explicité que requeríamos privacidad, en algunos casos las personas sólo se saludaban y se iban, pero en otras, el mismo entrevistado insistió en que se quedara. Cuando este fue el caso, no se abordaron preguntas relativas a los comportamientos sexuales, para evitar exponer a los participantes a situaciones incómodas. En algunas entrevistas estos datos fueron levantados en otros momentos.

Con respecto a los actores institucionales, en algunos casos tenían un ingreso reciente a la institución, por lo que no tenían la historia completa del programa que era mi principal énfasis, y no fue posible contactar a la persona que tenía esta historia institucional. A pesar de ello, las entrevistas con actores institucionales me permitieron tener un panorama de los cambios en la atención pública a las adicciones, la atención al VIH y la implementación de programas de reducción de daño en la ciudad. Estas intervenciones son claves para la construcción de la noción de riesgo en torno al VIH en los usuarios, de sus conocimientos frente al virus, sus historias de tratamiento de uso de drogas y la manera de nombrar su condición de usuarios de drogas.

Tampoco fue posible acceder a mandos medios encargados de distribuir droga en la ciudad, por lo que la indagación sobre los cambios en las dinámicas del narcotráfico en la ciudad es limitada. El jefe de seguridad pública municipal fue muy renuente a hablar de este tema y a brindar información al respecto y no logré realizar entrevistas con comandantes estatales o federales. La revisión documental, particularmente en prensa, me permitió ir corroborando pedazos de información que obtenía en las entrevistas y durante la observación participante y fui formando así un rompecabezas que se presenta a manera de hipótesis sobre los cambios que han sufrido las dinámicas del mercado local de drogas de Hermosillo, lo cual es una pieza fundamental para describir tanto los ambientes de riesgo como los estilos de vida de los usuarios.

En este ejercicio he tratado de honrar la confianza que depositaron en mí los participantes de las entrevistas, sin embargo, es probable que quienes me ofrecieron su experiencia no coincidan con mis conclusiones. He construido esta interpretación de sus realidades a partir de sus palabras, y de un sinnúmero de lecturas y discusiones sobre el tema de las drogas y el VIH. Todos los nombres reales fueron omitidos para preservar su anonimato.

2.7.6 Consideraciones éticas

La parte cualitativa del estudio fue sometida a revisión ante el comité de ética del Colegio de Sonora y fue aprobado para su realización. En el anexo 3 se presenta la carta de aval del comité.

Más allá de estas formalidades institucionales, según Figueroa (2001:99), “la reflexión sobre la ética permite identificar los supuestos subyacentes a diferentes normatividades que moldean los fenómenos que se estudian” - en este caso el uso de drogas y la salud-, así como los tipos de ejercicio del poder que se presentan al construir estos dinamisismos de los seres humanos. A continuación, expongo los dilemas que generó y me sigue generando el trabajo de campo y la manera cómo enfrenté algunos de ellos.

El primer reto fue obtener el consentimiento informado y entonces mi primer dilema fue el referente al respeto por la autonomía de los sujetos para participar o no en la investigación. La mayoría de los participantes en este estudio viven en condiciones de pobreza y exclusión, frecuentan espacios de socialización hiper masculinizados, con poca presencia de mujeres, y están siempre bajo los influjos de alguna sustancia. En este contexto, me hice la pregunta que plantea Figueroa (1999) “¿cómo se puede entender el consentimiento informado en un contexto de desinformación, de derechos desiguales y de acceso diferencial a la toma de decisiones?”

Mi estrategia frente a ello fue plantearles siempre que estaba en campo haciendo un estudio. La manera más sencilla de explicarles el estudio fue exponerles que estaba escribiendo un libro sobre la historia de las drogas inyectadas en Hermosillo, para dar a conocer cómo las personas se enganchan y cómo algunas personas dejar las drogas o bien, dejar de inyectarse. Los invitaba a participar diciéndoles que las entrevistas podían ser a la hora, en el día y lugar que ellos prefiriesen, que toda la información era confidencial, que los nombres se iban a omitir, que la información era privada, por lo que no iba a compartir con nadie lo que ellos me habían contado, que cada día iba a borrar las entrevistas de la grabadora para evitar el riesgo de que alguien pudiera escucharlas. También les explicitaba que si había algo que no quisieran que quedara grabado, me lo podían decir y dejábamos de grabar, y que podíamos suspender la entrevista y retomarla en otro momento cuando se sintieran cansados.

Vale decir que pedí a alrededor de veinticinco usuarios la entrevista y sólo obtuve trece, una de ellas sin ser audiograbada. Las primeras veces insistí bastante y después decidí que era

mejor plantearlo una vez y ver si con el tiempo la persona se iba sintiendo en confianza para darme la entrevista. Ello sucedió sólo en dos ocasiones. Sin embargo, me di cuenta que una vez empezaba la entrevista les costaba mucho decirme que no querían que ciertas cosas quedaran grabadas o que querían parar o cambiarse de lugar. Sólo con aquellos usuarios que tenía una relación más antigua se dio esta posibilidad. Intenté entonces estar atenta a estas señales y hacer los ajustes necesarios para no irrespetarlos ni abusar de ellos. Sin embargo, como lo expresé, la condición de subalternidad de los usuarios en su relación en términos de mi condición clase-mediera y mi rol como promotora del discurso sanitario no es menor, y es un elemento que media mi relación con los participantes. Frente a ello, la autorreflexión fue el único recurso al que pude apelear, además de prestar una especial atención a las maneras cómo presento las realidades de los narradores.

La mayoría de mis contactos, al contarles mi interés por entrevistarlos, me respondían *“no me pidas eso morra, lo último que quiero es recordar lo que ha sido mi vida”*, otros más rudos incluso me interpellaron *“yo he leído muchas historias sobre drogadictos y siempre es lo mismo muerte y cárcel, ¿usted va a escribir algo distinto?”* Ello generó en mí una tensión que no esperaba y que se incrementaba a medida que transcurría el tiempo y seguía sin conseguir entrevistas. Sabía que no podía presionarlos, pero también que debía conseguir mis datos en un marco de tiempo fijo.

Mi estrategia para conseguir las entrevistas fue entonces la espera, simulando paciencia. Estar en los lugares de encuentro, compartir, esperar y esperar. En el silencio de la espera siempre me atacaba la pregunta sobre cuánto tiempo estar en sus lugares, cuánto escuchar de sus conversaciones, cuál era mi límite, por cuánto tiempo debería esperar a que llegaran mis participantes. Mi espera nunca fue tranquila, siempre me acompañaban la angustia y frustración, que quizás a la vez me impulsaban con insistencia al campo al otro día, o a permanecer en el lugar un rato más, pues a lo mejor llegaba mi cita. Estar acompañada de mi perra, me ayudó a manejar la ansiedad y a no tener una excusa para abandonar el campo e irme a casa. En la espera, siempre llegaba alguien y me comentaba algo en relación con la perra, esto también aliviaba mi tensión y me permitía esperar un poco más.

El garantizar su comodidad me expuso a un segundo dilema y fue mi seguridad versus su seguridad/comodidad. Por un lado, sentía que el permitir que la entrevista se realizara donde ellos quisieran, garantizaría que se pudieran relajar e implicaba en cierta medida un ejercicio de ceder

mi lugar de poder. Por otro lado, realizar las entrevistas en sus casas siempre me generó temor, pues no podía controlar el resultado. Intenté hacer una entrevista en las instalaciones de El Colegio de Sonora, pero no se podía fumar y el entrevistado se sentía completamente expuesto, estaba muy inquieto y entonces lo invité a otro espacio. Hice otro intento por realizar las entrevistas afuera de El Colegio, pero tampoco funcionó, dado que se me acercaban conocidos a saludarme y nuevamente ellos se sentían expuestos. Mi decisión personal fue asumir el riesgo que implicaba realizar las entrevistas en los lugares donde se sintieran más cómodos, pero nunca al interior de un picadero o de una casa abandonada. También evité la noche, de modo que el trabajo de campo se desarrolló entre las 10 a.m. y las 9 p.m. Bourgois justamente llama la atención sobre la importancia que tiene el lugar donde se realizan las entrevistas sobre el tipo y calidad de información que se recaba, al respecto escribe:

“Diferentes tipos de respuestas son elicitadas en un protocolo de entrevista que le paga a los participantes por responder preguntas que son preguntadas por un burócrata o cientista formalmente vestido, en una oficina donde está prohibido fumar, versus un protocolo que elicitaba respuestas en un contexto de conversaciones amigables, dispersas sobre la vida cotidiana y las prácticas de inyección, conducido en un picadero, en un carro o en apartamento” (Bourgois, 2002:261).

También decidí que los centros de tratamiento no brindaban las condiciones para garantizar el ejercicio de la autonomía de los participantes y por ello sólo levanté una entrevista en este espacio, pese a que me brindaban condiciones óptimas para mí en términos de seguridad, de comodidad y de sobriedad de los entrevistados.

Excluí a menores de edad a pesar de que manifestaran su deseo de participar en el estudio. También excluí a personas que estuvieran visiblemente muy drogadas. Si bien todos los usuarios con los que interactué estaban bajo el efecto de metadona, marihuana, pastillas, heroína o cristal o varias de ellas, con algunos podía establecer una conversación fluida y con otros no era posible por su nivel de intoxicación. Las entrevistas requerían cierto nivel de lucidez, por lo que cuando observaba que alguien estaba muy intoxicado ni le planteaba el tema de la entrevista. Tampoco se dio una retribución monetaria a cambio de la entrevista, los invitaba a comer, les regalaba cigarros, refrescos, dulces y parafernalia de inyección. Sólo uno de los participantes explícitamente me pidió

que le ayudara a completar un dinero que necesitaba y así lo hice, reconociendo que estaba invirtiendo una parte importante de su tiempo en mí y requería mi retribución inmediata.

El respeto por la confidencialidad me llevó a no mencionar a quienes había entrevistado, pues percibía cierto morbo al respecto. Comprendí que reservarme las personas que habían accedido a ser entrevistadas me garantizaba también mi espacio de neutralidad en campo, en la medida en que no sabía que conflictos existían entre unos y otros y no tenía una lectura del lugar que yo ocupaba en las redes de usuarios de inyectables de Hermosillo, si es que alguno.

Otro elemento importante para no abusar de mi posición de poder como investigadora en campo, fue dejarles en claro cuál era mi lugar en sus espacios y mi relación con ellos. Hacer claridad de que mi estancia en sus espacios estaba mediada por el estudio y que esta finalizaba el 30 noviembre del 2014. Si bien es cierto que el ser mujer y colombiana facilitaba un primer acercamiento con los usuarios, también les generaba dificultades para establecer relaciones más horizontales conmigo y algunos siempre estaban adulándome o queriéndome conquistar. Percibía que para ellos era confuso el que estuviera en sus espacios, escuchando sus conversaciones y observando sus prácticas sin que participara directamente en ellas. Pero al mismo tiempo, este juego de cercanía y distancia en algunas ocasiones favoreció la confianza, pues era alguien totalmente externo a su contexto con quien podían descargarse emocionalmente. No siempre lo logré y tuve entrevistas donde los sujetos están constantemente intentando acceder a mí en otro sentido, lo que me generó profunda incomodidad.

El contacto cotidiano con la población y mis características psicológicas, hicieron que no me presentara como un sujeto neutral, pues, como he descrito, sentía empatía con su tristeza tras la muerte de un familiar o amigo, con su frustración al no encontrar empleo, con sus esfuerzos cotidianos por sobrevivir. La pobreza de las familias, la situación de vulnerabilidad de los niños fueron situaciones que me confrontaron y me generaron un sentimiento de impotencia que me hizo buscar ayuda insistentemente en los canales institucionales que conocía y en esa medida no pude mantenerme al margen de lo que observaba en campo. Tampoco cuando me pedían información sobre VIH o servicios de salud, dada las barreras que experimentan en el acceso a la información y los servicios, me pareció anti-ético no brindar este apoyo, apelando a una supuesta neutralidad positivista.

Todos los sujetos entrevistados han tenido experiencias de vida muy dolorosas, han vivido extrema violencia y por lo tanto en todas las entrevistas hubo momentos de llanto y silencio. Ante el peso emocional de recordar eventos disruptivos, mi posición fue de escucha abierta y acompañamiento en el silencio. Cuando la confianza así lo permitía, les ponía mi mano sobre su mano o sobre su hombro o espalda. No logré establecer ningún vínculo con alguna institución a la cual los usuarios pudieran ir a hablar con un psicólogo, sin embargo, siempre les recomendé ir al Hospital Carlos Nava o al CAPASITS donde podían tener acceso gratuito a este servicio. El cierre de las entrevistas fue fundamental para garantizar que los sujetos se fueran tranquilos. Una vez finalizaba, les preguntaba si querían decir algo más, preguntar o comentar algo. La respuesta casi siempre fue que no. Al apagar la grabadora y agradecer el tiempo se abría un espacio de conversación que siempre sostuve y en ocasiones se extendía por al menos una hora más. Al despedirme siempre los abracé, pues en todos los casos sentí que tenían mucha necesidad de contención emocional y de ese tipo de contacto físico. Por otro lado, yo misma sentía la necesidad de despedirme afectuosamente, quizás buscando también un poco de contención.

Como comentaba anteriormente, el trabajo etnográfico me permitió darme cuenta de las dinámicas de uso y compra-venta de drogas en algunas colonias de la ciudad. Las entrevistas también me enfrentaron a escuchar la participación de los sujetos en delitos. En varias ocasiones me sentí escandalizada por lo que escuchaba y fue evidente como mis valores y juicios personales jugaban a la hora escoger a quien pedirle la entrevista y la distancia que asumía o no frente a ciertas conversaciones y ciertas prácticas y personas. Al respecto, Bourgois, Lettiere y Quesada (1997) plantean que “la participación etnográfica con abusadores de sustancias marginados socialmente obliga a los investigadores a confrontarse sobre un amplio rango de fenómenos incómodos desde el estrés de los olores humanos hasta el dolor del sufrimiento, la violencia interpersonal, los peligros legales, el racismo y el sexismo de la cultura de la calle” (Bourgois, Lettiere, & Quesada, 1997:168).

Por ejemplo, no me cuestionó en ningún momento el que los sujetos se inyectaran o usaran drogas en frente mío, antes bien lo sentía como una señal de confianza, pero sí me incomodaba que hablaran de otros delitos. Así mismo, en varias ocasiones sentí que estaba siendo puesta a prueba y que debía cumplir una “misión” para establecer una relación o para permanecer en un espacio. Comprendí que de alguna manera ellos me exigían participar de sus dinámicas, tomar

parte, y así lo hice cuando sentí que esto no comprometía en extremo mi seguridad. En otras ocasiones, simplemente me di de baja del grupo, al comprender que era un límite inquebrantable, como inyectarme o usar alguna droga con ellos. Ello me llevó a considerar los elementos de los relatos que sirven a este estudio y aquellos elementos que, si bien hacen parte de la vida cotidiana de los sujetos entrevistados, no contribuyen a mi objeto de estudio y antes bien, podrían ayudar a fomentar estereotipos que se tienen frente a ellos, como que son peligrosos, delincuentes, flojos, etc. Es por ello que en las entrevistas no profundicé en los delitos que cometieron, ni en su nivel de participación en ellos y excluí esos detalles al momento de estar escribiendo los resultados.

Finalmente, es importante considerar que el sentimiento que me acompañó durante mi trabajo de campo fue la impotencia. Sigo pensando en los destinos fatales de los jóvenes de barrios marginales de las ciudades del norte del país, donde hay pocas ofertas deportivas, culturales, laborales, educativas y afectivas. Sigo recordando los rostros enojados de las madres cuando llegaban a sus casas y yo estaba haciendo la entrevista. La mayoría eran madres cabeza de familia, exhaustas por trabajar más de ocho horas por sueldos miserables, que enfrentaban en soledad la vergüenza, la culpa y la frustración de tener uno o varios hijos usuarios de drogas, quienes no sólo desmantelaban sus casas, sino que también las maltrataban física, verbal y emocionalmente. No dejo de sentir indignación cuando pienso que es esa soledad tan profunda del barrio, donde se reproducen y legitiman modelos de masculinidad asociados a la criminalidad, la violencia y el uso de drogas, el contexto que permite la consolidación del crimen organizado a costa de miles de vidas de jóvenes que a nadie le importan, vidas desechables. Es desde ese lugar de impotencia e indignación que escribo esta tesis y el análisis que aquí plasmo sobre los relatos que me compartieron los participantes.

3. Contexto histórico del Estudio

Dado que la perspectiva teórica de este estudio es curso de vida y mi principal objetivo en el análisis es ligar la historia social, con la historia institucional y las biografías individuales, es indispensable conocer el marco histórico en el que se desarrolla la cronología de la atención en los campos de VIH y uso de drogas en México. Este contexto histórico no sólo da cuenta de los procesos a través de los cuales se construyen formaciones discursivas²⁵ que instituyen dispositivos de control del uso de drogas y su relación con el riesgo, sino que también, describe las formas de organización de los servicios de salud que se ofrecen a la población de personas que se inyectan drogas (PID), que tendrán efectos distintos en las biografías de uso de drogas de los participantes y los ambientes de riesgo en los que se construyen sus biografías. En términos agregados, la cronología institucional de la atención se relaciona con el desarrollo epidemiológico de ambos ámbitos de salud en el país.

Es por ello que en este capítulo presento una cronología de lo que ha sido la consolidación del narcotráfico en México, la atención institucional al uso de drogas y al VIH/SIDA y la evolución de la epidemiología de ambos ámbitos de estudio en México en las últimas tres décadas, llamando la atención sobre el importante crecimiento de ambos fenómenos especialmente en las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo y la necesidad de ampliar la comprensión sobre este fenómeno.

²⁵ Una formación discursiva es “un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y en el espacio, que han definido en una época dada, y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” (Foucault, 1995:198). Según Foucault los discursos institucionales funcionan como dispositivos de poder, al cruzar relaciones de poder y de saber. Así, podemos definir el dispositivo como “la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no-dicho” (Op. Cit)

3.1. Cronología del Desarrollo del Narcotráfico en México: 1900 - 2015

En este apartado busco contextualizar los principales hitos históricos del narcotráfico en México que pudieran relacionarse con cambios en los mercados locales de drogas ilegales en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo y que, en tal sentido, servirían para comprender las diferencias cuantitativas encontradas entre las ciudades y los cambios generacionales observados en los hallazgos cualitativos en el caso de Hermosillo.

No pretendo presentar un ejercicio exhaustivo del desarrollo del narcotráfico en México, ni en las ciudades en las que se basa este estudio, sino ofrecer un relato breve de la historia del narcotráfico en México que voy a ir ligando en el análisis con las biografías de uso de drogas de los participantes en el estudio, sus dinámicas de uso de drogas, la construcción de vínculos en el barrio y la configuración de contextos de riesgo que enfrentan en diferentes momentos de su curso de vida en general y de sus itinerarios de uso de droga en particular. Busco con ello establecer puentes que me permitan vincular analíticamente la historia social del narcotráfico en México, con la historia institucional de atención al uso de drogas y VIH, y las biografías individuales de un pequeño segmento de varones inyectores de drogas ilegales del norte del país.

3.1.1 El inicio del prohibicionismo: 1920-1950

El cultivo de amapola y marihuana en los estados del norte del país, no es un fenómeno reciente. En Sinaloa, por ejemplo, Astorga (1996) encuentra archivos de 1886 donde se consigna la existencia de “adormidera blanca y cáñamo indio o marihuana” como parte de la flora de la región. El mismo autor informa que a principios del siglo XX, el opio se importaba legalmente de los Estados Unidos, Europa y Asia. No existía en México ni en el mundo, una lista de sustancias ni de plantas prohibidas.

La era prohibicionista arranca en 1909 con la primera conferencia internacional sobre drogas en Shangai, y se sella en 1918 con la primera convención internacional del Opio firmado en la Haya, en la que se consigue criminalizar por primera vez el uso, producción y comercialización de morfina, heroína, cocaína y sus derivados. Esta visión jurídica-prohibicionista norteamericana, va a contrastar en el contexto mexicano con un marco jurídico que, buscaba principalmente controlar el uso indebido de sustancias con propiedades medicinales y un mercado local reducido de drogas ilegales.

Sin embargo, la presión estadounidense logra desde la década del veinte, que México empiece a generar disposiciones para controlar cada vez más no sólo la producción y tráfico de ciertas sustancias²⁶ hasta entonces consideradas legales, sino también su uso, al tiempo que se van popularizando discursos moralizantes frente a quienes las usan. A finales de 1931 aparece el primer reglamento general de toxicomanía, donde “el toxicómano es clasificado como aquella persona que sin fines terapéuticos, sea usuario habitual de las drogas señaladas en los artículos 198 y 199 del código sanitario vigente”²⁷. Se estipula que todos los ciudadanos deben dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de toxicomanía” (Astorga, 1996:42).

Durante las décadas del veinte y el treinta del siglo XX, Astorga (1996) encuentra reportes en prensa de existencia de fumaderos de opio en Culiacán, Mazatlán, Hermosillo, Mexicali y Ciudad Juárez, donde se presenta además el uso inyectado de morfina. “Se habla de la opiomanía como un vicio elegante, caro, suntuoso, aristocrático, sobre todo en la forma de morfinismo” (Astorga, 1996:22), practicado por intelectuales y artistas. En contraste, se decía que el “consumo de marihuana se asociaba de manera permanente con la vagancia, el robo, la embriaguez, la agresión, el vicio” (Astorga 1996:33) y en general, con los estratos pobres de la población. Evidenciando, como bien lo menciona Enciso (2010), cómo el uso de drogas opera como marcador de clase social desde el inicio mismo del debate sobre las drogas en México.

A pesar de los nuevos discursos frente al opio y la marihuana y las nuevas medidas judiciales para controlarlas, se siguió reportando la presencia de cultivos de adormidera no sólo en Sinaloa, sino también en amplios territorios de Sonora²⁸.

Astorga (1996) reporta que desde la década del treinta, el tráfico de morfina, heroína y cocaína se reportaba principalmente en la Ciudad de México, Mazatlán, Monterrey, Puebla, Nuevo

²⁶ En 1925 a través de un decreto presidencial que fija las bases sobre las cuales se permite la importación de opio, morfina, cocaína, entre otras, se establece que los puertos donde es permitida la importación de dichos productos son Nogales, Sonora; Nuevo Laredo, Tamaulipas; Veracruz, Veracruz; Progreso, Yucatán; La Paz, Baja California Sur y Mazatlán, Sinaloa. Pero en 1926, se prohíbe la comercialización de adormidera y entonces “comerciantes y consumidores de antes se convierten, gracias a esas medidas, en traficantes, viciosos y criminales” (Astorga, 1996:28). En 1927, Calles decretó la penalización de la exportación de heroína y marihuana y dos años después se incluyeron penas para los productores y traficantes de narcóticos (Enciso, 2010). A partir de la década del treinta entran en vigor nuevas disposiciones específicas para las boticas de llevar inventario de los usuarios de recetas que contengan drogas heroicas.

²⁷ Uso no supervisado de marihuana, opio, heroína, morfina y cocaína.

²⁸ Astorga (1996), reporta la existencia de cultivos en Navojoa, el Desierto de Altar y los valles de los Ríos Mayo y Yaqui. Otros informes encuentran extensos cultivos de adormidera en los municipios de Álamos, Huatabampo y Etchojoa, también en Sonora.

Laredo, Tijuana, Mexicali, Nogales, Ciudad Juárez y Veracruz. También desde entonces se reportan acusaciones por cohecho a importantes autoridades locales, como el gobernador de Chihuahua y el de Baja California, quienes aprovechaban sus posiciones políticas para lucrar con el tráfico de drogas ilegales y armas a través de sus fronteras (Astorga, 2007).

De acuerdo con Astorga (1996), la entrada en vigor de la llamada *Marihuana Texas Act* en Estados Unidos en 1937, que establecía el control gubernamental sobre el traslado y venta de la planta, así como la escasez de productos derivados del opio y de la coca durante la segunda guerra mundial, incentivó el cultivo de adormidera y marihuana en México durante las décadas del treinta y el cuarenta. Debido precisamente a la importancia que tienen las políticas norteamericanas en el control de la producción y tráfico de drogas ilegales en México, los efectos de dicha legislación, así como del tráfico, tendrán un mayor impacto en los estados fronterizos y dentro de ellos, en las localidades que se ubican justo en la franja fronteriza como Tijuana, Nogales y Ciudad Juárez, por sólo mencionar las de mayor relevancia para este estudio.

Entre el treinta y el cuarenta aparecen palabras como *goma* – para referirse al producto obtenido de la amapola – y *gomero* para designar “al agente social que cultiva adormidera y trafica con opio” (Astorga, 1996:62). Aparece también la palabra *campana* para referirse a la acción estatal contra el cultivo y trasiego de drogas. Las campañas, originalmente a cargo de las autoridades sanitarias (Departamento de Salubridad Pública y posteriormente Secretaría de Salubridad y Asistencia), pasaron a ser dirigidas por la Procuraduría General de la República a partir de 1947. Con ello se abandonó casi definitivamente la preocupación por la salud²⁹ y se concentraron las acciones en la destrucción de sembradíos y la persecución policiaca de productores, traficantes y consumidores. “Las estadísticas de decomisos, incineraciones y detenciones se convirtieron en la medida del éxito o fracaso de las campañas” (Astorga, 1996:63).

3.1.2 1950 – 1979: La consolidación del prohibicionismo y la *Pax Priista*

El traslado del control de las tareas de persecución del narcotráfico desde el Departamento de Salubridad Pública a la Procuraduría General de la República (PGR), puede leerse como lo

²⁹ En 1940, el gobierno de Lázaro Cárdenas publicó un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías del Departamento de Salubridad Pública, “donde definió el problema del consumo como un asunto de salud pública y planteó la necesidad de combatir el tráfico a través del fortalecimiento del control estatal del mercado de drogas” (Enciso, 2010:71). Sin embargo, las presiones estadounidenses no permitieron que dicho reglamento estuviera vigente ni siquiera durante un año, prevaleciendo el paradigma jurídico de criminalización del uso y el tráfico de las drogas ilegales.

plantea Enciso (2010), como el triunfo de los diplomáticos estadounidenses en extender la prohibición en diferentes partes del globo.

A nivel global, este triunfo se expresa en la conformación de la Comisión de Estupefacientes en las Naciones Unidas en 1948, organismo a través del cual se agudizará la presión prohibicionista especialmente a los países productores de enervantes, lo que propiciará, junto con otros factores locales, la configuración de nuevos escenarios y dinámicas de producción y tráfico de drogas en México en este periodo. Por ejemplo, de acuerdo con Astorga (1996), a partir de 1950 aparece la palabra *narcotraficante*, que se generaliza en 1960 y se consagra en 1970 para referirse a los *gomer* de las décadas del treinta y cuarenta, denotando un cambio en el carácter de este agente social, que pasa de ser un productor local de una planta, a un negociante que participa cada vez más del proceso de comercialización transnacional de sustancias ilegales (Astorga, 1996).

A pesar de la presión norteamericana y la aparición en México de instancias como la Dirección Federal de Seguridad (DFS) en 1947, la aparición en el código penal de “delitos contra la salud” y las primeras campañas de erradicación de cultivos en 1948³⁰, de acuerdo con Enciso (2010), la falta de recursos creó una distancia enorme entre la letra de la ley y su práctica cotidiana, facilitando el establecimiento de alianzas entre élites políticas y traficantes locales, gracias por un lado, al poder monopolístico del PRI y a unos traficantes “cuyo poder era más pequeño, más pobre y dependiente de los favores y colusión de un estado fuerte, centralizado y corrupto” (Knight, 2012:46).

La debilidad de los traficantes de este periodo residía en que no eran organizaciones criminales, sino principalmente productores y campesinos. De ahí que las políticas que mayor efecto tuvieron -como veremos más adelante-, fueron aquellas abocadas a la erradicación más no al control del tráfico, pues quienes controlaban las rutas, así como las áreas de almacenamiento y las redes de distribución en Estados Unidos, eran “todos traficantes extranjeros en alianza con élites políticas locales” (Enciso, 2009:615).

³⁰ “Se tiene noticias de que en una de las primeras campañas, que comenzó en 1947, se destruyeron 200 campos y 90 acres de marihuana. En la que comenzó en 1964, se destruyeron 1000 acres. En 1968, se erradicaron 7848 campos con una superficie de 4 500 acres; y según los informes recibidos, en 1973 la campaña destruyó 10000 campos y 10000 acres aproximadamente. En 1963, los mexicanos primero utilizaron helicópteros para descubrir los campos y luego, en 1967, comenzaron los primeros ensayos de defoliación química en parcelas muy pequeñas” (Enciso, 2009:602).

A esta configuración inicial del narcotráfico en México basada en la subordinación de los traficantes a los poderes políticos locales, Lupsha (1991) la denomina, ‘La Plaza’ ya que el traficante compraba su ‘licencia’ para actuar al jefe o jefes locales (comandante de policía, alcalde, militar). Sin embargo, como anota Serrano (2012:138), “a cambio de la tolerancia, regulación y protección que ofrecían las autoridades locales, éstas no sólo esperaban ingresos sino también la subordinación política de los criminales, quienes se comprometían a: (1) no establecerse como un poder independiente, garantizando que la lógica política presidiera sobre la del mercado criminal; (2) garantizar que la violencia permaneciera dentro de límites estrechos y confinados y; (3) disuadir el desarrollo de mercados internos de consumo”. Fue a partir de esa protección, tolerancia y regulación ofrecida por poderosos políticos de los estados nortños que el negocio del tráfico de drogas se desarrolló durante este periodo desde adentro de la estructura de poder, de modo que los traficantes no podían considerarse un grupo social autónomo.

Reuter y Ronfeldt (1992:94), reportan que “entre 1930 y 1960 México fue el principal proveedor de marihuana en Estados Unidos, llegando a suplir hasta el 95 por ciento del mercado”. Sinaloa, Durango y Sonora son mencionados como los estados donde se tienen los cultivos más extensos de amapola en el cincuenta (Astorga, 1996), y las ciudades donde eran más frecuentes las noticias de traficantes de opio en la misma década eran Culiacán, Mazatlán, Ciudad Obregón, Hermosillo, Nogales, San Luis Río Colorado, Mexicali y Tijuana (Astorga, 1996). Según Enciso (2010) “en 1960, entre el 75 y el 80 por ciento de toda la heroína y casi toda la marihuana que entraba por el sur de california, era pasada por la frontera con México. En 1968, según la revista Look, la cantidad de marihuana que era introducida ilegalmente de México a Estados Unidos cada semana oscilaba entre 3.5 y 5 toneladas” (Enciso, 2010: 111). Hasta la década de los sesenta, hay pocas menciones a la cocaína en los reportes tanto mexicanos como estadounidenses.

En este contexto mundial de aumento en el uso y diversidad de narcóticos y de proselitismo prohibicionista de Estados Unidos, se firma en 1961 la Convención Única sobre Estupefacientes, que consolida los acuerdos de fiscalización de drogas existentes hasta el momento, establece una lista de todas las sustancias sometidas a fiscalización y crea la Junta Internacional de Estupefacientes. México participó en sus sesiones preparatorias y ratificó tanto la convención única como la de Sustancias Psicotrópicas de 1971, que introduce controles sobre drogas sintéticas. Sin embargo, Estados Unidos presionaba por el endurecimiento de las leyes mexicanas para el

control del tráfico de estas sustancias prohibidas, aduciendo el incremento en la demanda de drogas ilegales mexicanas por parte de sus jóvenes.

El punto culmen de estas presiones fue la operación Intercepción I en 1969, consistente en la inspección meticulosa de drogas en todos los vehículos que cruzaban de México hacia Estados Unidos, lo que ocasionó una disrupción mayor del tráfico alrededor de la frontera y tuvo consecuencias económicas importantes para los comerciantes de las ciudades fronterizas y para los mercados locales de drogas. Por ejemplo, se sugiere que la heroína que era destinada a Estados Unidos se desvió a Tijuana, creando un mercado local de consumo a partir de la década de 1970 ((Bucardo y cols., 2005). Meses después, ambos países firmaron el acuerdo bilateral Operación Cooperación³¹, que desembocó años después en la Operación Cóndor.

La operación Cóndor de 1975 ejecutada en Chihuahua, Sinaloa y Durango es considerada la respuesta mexicana más contundente a la continua presión norteamericana para aumentar los controles a la producción y tráfico de drogas ilegales³². La operación Cóndor logró cifras record de destrucción de cultivos, laboratorios y detención de traficantes³³. A partir de entonces, México ya consideraba que su “campana” para combatir las drogas era permanente.

En 1978 se reforma el código Penal Federal, para sustituir el término *toxicómano* por el de *adicto*, y el consumo queda penalizado³⁴, salvo en ciertos casos relacionados con consumo personal de *adictos* (Hernández, 2014).

El éxito de la Operación Cóndor se observó en la disminución de la oferta de heroína mexicana en Estados Unidos. Pues mientras constituía el veinte por ciento de la oferta en 1960, pasó a ser el 89 por ciento en 1971, en 1980 baja al 30 por ciento. Así mismo, se reporta que “entre 1976 y 1980, su pureza había bajado 42 por ciento, en general, y 70 por ciento cuando se trataba de heroína mexicana. De mediados de 1976 a mitad de 1979, las muertes por sobredosis de heroína

³¹31 “A través de la cual México se compromete a endurecer su lucha contra la producción y tráfico de enervantes y Estados Unidos brinda ayuda en términos de armas, helicópteros, capacitación para policías, herbicidas y defoliantes” (Valdés, 2013:148)

³² De acuerdo con Astorga (1996:122), ha sido “la más grande batida contra el narcotráfico que haya realizado México, con la participación de más 10,000 soldados”, al mando del general José Hernández Toledo, veterano de la masacre de Tlatelolco en 1968 y de la toma de la universidad de sonora, la UNAM y la Nicolaíta en Morelia”

³³ “Del 1 de septiembre de 1975 al 31 de agosto de 1976, la policía judicial y el ejército habían destruido 21,405 parcelas de adormidera, mientras que el año anterior habían sido 13,580. Además, se decomisaron 215 kilos de cocaína en tránsito y se dismantelaron 16 laboratorios donde se procesaban drogas” (Enciso, 2009:608).

³⁴ De acuerdo a Hernández (2014), en el caso particular del cannabis, su simple posesión sin intención de venta, comercio o tráfico es sancionado con 2 a 8 años de prisión

en Estados Unidos disminuyeron 64 por ciento, lo casos de emergencia 52 por ciento y el número de adictos en centros de tratamiento 44 por ciento” (Enciso, 2009:611-613).

Sin embargo, con la Operación Cóndor, las intervenciones y abusos de autoridad aumentaron a la par del descontento social. De acuerdo con Enciso (2009) “una de las primeras consecuencias de las operaciones de los años setenta fue el éxodo masivo de campesinos de la sierra hacia las zonas urbanas. Esto propició el caldo de cultivo para que, por un lado, los recién llegados a las ciudades se dedicaran a actividades relacionadas con el narcotráfico, diferentes a la producción, y, por el otro, ante la presencia de un enemigo común, incluso con los no involucrados, se crearon las simientes de lo que ahora bien se puede identificar como identidades locales vinculadas con el narcotráfico” (Enciso, 2009: 632-633). En medio de este proceso aparecen los narcocorridos, marcando según Astorga (1996) “el comienzo de una versión histórica y musical inédita que crea y recrea la socio-odisea del tráfico de drogas y de los traficantes” (Astorga, 1996:119).

Así mismo, la producción de amapola se trasladó hacia las regiones donde los operativos eran menos intensos, tales como los estados de Michoacán, Nayarit y Guerrero (Reuter y Ronfeldt 1992; Enciso 2009; Bucardo y otros, 2005), al tiempo que los traficantes más importantes se vieron obligados a escapar de sus zonas de origen por la intensificación de la persecución judicial y terminaron por mover parte de sus operaciones a Guadalajara (Lupsha, 1991).

3.1.3 1980 - 2000: El Boom de la cocaína en México, las organizaciones de narcotraficantes y la guerra contra las drogas

Diversos factores conllevaron a la consolidación de grandes bandas de narcotraficantes en México a partir de la década de 1980. De un lado, “el aumento de la demanda de drogas ilegales en Estados Unidos³⁵, junto con el desmantelamiento de la ruta turco-francesa del tráfico de heroína al principio de los setenta³⁶, incentivó el aumento de la producción local de drogas, de modo que al final de la década México se vuelve a consolidar como el principal proveedor de heroína en

³⁵ “Un sondeo de la casa blanca en 1978 reveló que el 37.8 de los alumnos de último curso de los centros de segunda enseñanza admitía haber fumado hierba. Por aquella época aumentó también el consumo de heroína, y un tiempo después el de cocaína. (...) Mientras en 1966 la Dirección Nacional de Estupefacientes de Estados Unidos calculaba que el mercado negro estadounidense movía al año heroína por valor de 600 millones de dólares. En 1980, se calculaba que el mercado negro tenía un valor de 100 millones de dólares” (Grillo, 2012:74-76)

³⁶ De acuerdo a Serrano (2007), Turquía se retira del mercado del Opio en 1971 con el apoyo financiero de Estados Unidos. Por su parte, Valdés (2013) señala que en un operativo denominado Conexión Francesa, el gobierno francés con apoyo de Estados Unidos en 1975 cerró los principales laboratorios donde se fabricaba heroína francesa.

Estados Unidos”³⁷ (Enciso, 2009: 606). Por otro lado, la persecución de narcotraficantes colombianos junto con el eventual cierre de sus rutas por el Caribe, permitió que los traficantes mexicanos terminaran por controlar el mercado de la cocaína y la marihuana. Finalmente, la presión por parte de Estados Unidos para que se instaurara la transferencia del control de las políticas antinarcóticos del ámbito local a la federación, “supuso el tránsito de un esquema local de regulación (...) a un modelo centralizado” (Palacios & Serrano, 2010: 116), que fragmentó los controles locales que tenían las élites políticas locales sobre los traficantes.

La persecución de traficantes colombianos por parte de autoridades norteamericanas, suscitó en primer lugar la búsqueda de rutas alternativas a las de la Florida para el trasiego de cocaína³⁸, las viejas rutas del contrabando que tenían establecidas los Mexicanos desde principios del siglo XX se adaptaron a este nuevo producto, de modo que ahora los principales puertos de entrada de drogas a Estados Unidos pasaron a ser el sur de California y Texas (Nill Sánchez, 2013). Con este movimiento, “los mexicanos terminaron transportando casi el 90 por ciento de la cocaína de los cárteles colombianos a principios de los noventa” (Grillo, 2012:137).

El pago por los servicios del transporte de droga se empezó a hacer con parte de la droga transportada para facilitar las transacciones y hacerlas más invisibles para la DEA (Astorga, 2007), lo que implicó un aumento en las ganancias de los mexicanos. Al final de la década, “los traficantes mexicanos construyeron sus propias redes de distribución y llenaron el vacío de poder dejado por los colombianos, haciéndose dueños del negocio de la droga en Estados Unidos” (Nill Sánchez, 2013:470) y “una vez que miles de millones de dólares de cocaína entraron en México, el tráfico

³⁷ De acuerdo a Astorga (1996:93-94) “la producción de heroína pasó de dos toneladas en 1984 a 4.5-5.5 toneladas en 1988, debido entre otras cosas a la dispersión de los cultivos en zonas como Nayarit, Oaxaca, Guerrero, Michoacán y Chiapas. Volvió a crecer la producción de marihuana, llegando a 4700 toneladas en 1988, debido, entre otras a la mayor interdicción de cargamentos colombianos por el Caribe que hizo que aumentara el precio de la marihuana colombiana”. “Entre 1988 y 1993 se decomisaron en total en el país 679 kg de heroína y 1,140 kg de goma de opio; 2,364 toneladas de marihuana” (Astorga, 1996:133, 134). En términos del mercado estadounidense, Ciccarone (2009) comenta que mientras en 1986, el presidente de la Comisión de Crimen Organizado de Estados Unidos reporta que el 17% de la heroína encontrada en los mercados locales era del sudeste asiático, 51% del suroeste de Asia y 33% de México, para el 2000 sólo el 1% de la heroína encontrada en los mercados norteamericanos provenía del sudeste asiático, 9% del suroeste de Asia, 48% de Colombia y 39% de México. Al final del 2000, la heroína asiática en su conjunto representa sólo el 2% del Mercado, mientras que la colombiana el 58% y la mexicana el 40%. La mayor competencia entre heroína colombiana y mexicana ha llevado, según Ciccarone, a la disminución de sus precios, de modo que el precio promedio de un miligramo de heroína pura ha caído de 4.36 USD en 1990 a 1.07 en 2000.

³⁸ La operación lanzada por el presidente Reagan en 1982 para dismantlar el tráfico de drogas que entraba por la Florida (Grillo, 2012; Valdés, 2013; Nill Sánchez, 2013), “logró un aumento de las incautaciones del 56 por ciento en sus primeros ocho meses de implementación” (Grillo, 2012:107), así como un aumento en las detenciones y el embargo de bienes de los traficantes.

de drogas se hizo más grande y más sangriento de lo que nadie había imaginado” (Grillo, 2012:108).

De acuerdo a Reuter y Ronfeld (1992:96), “para 1988 los narcotraficantes mexicanos ganaban ente 750 y 1,125 millones de dólares por heroína y entre 1.45 y 4.6 billones de dólares por marihuana”. Surge así un nuevo grupo de magnates en México, mientras en 1987 cuando *Forbes* empezó a publicar su lista anual de multimillonarios, sólo había un mexicano en ella, en 1994, había 24 (Astorga, 1996).

Astorga (1996) plantea que el negocio del tráfico de drogas ilícitas adquiere entonces tales proporciones y tanta visibilidad en México que “es ya prácticamente imposible que grandes grupos sociales no se den cuenta de las relaciones indisolubles más documentadas entre las corporaciones policiacas y los traficantes” (Astorga, 1996:129). Estas relaciones salen a la luz con el asesinato del agente encubierto de la *Drug Enforcement Administration* (DEA) Enrique Camarena y su piloto Alfredo Zavala en 1985, que develó importantes niveles de corrupción en los organismos de control de drogas. Ello llevó al desmantelamiento de la DFS y a la captura de los padres del narcotráfico en México (Caro Quintero, Fonseca Carrillo, Matta Ballesteros y Félix Gallardo), lo que terminaría generando una reorganización del narco en el país.

En 1986 Estados Unidos creó un sistema de certificación de los países productores de enervantes, que condicionaba la ayuda financiera y sus relaciones comerciales a la aprobación de los esfuerzos locales en la lucha contra el narcotráfico. Enciso (2010), plantea que los programas de “ayuda” de Estados Unidos en los años ochenta, “traían como moneda de cambio, principalmente el alineamiento a las políticas económicas neoliberales a cambio de proporcionar apoyo para las operaciones policiacas y militares, y en el caso de México, de ratificarlo internacionalmente como un país estable, democrático y pluralista” (Enciso, 2010:81).

De acuerdo a Reuter y Ronfeld (1992), México fue hasta 1990 el principal receptor de ayuda norteamericana contra narcóticos, principalmente enfocada a la erradicación de cultivos³⁹. A cambio, México apoyó la política prohibicionista norteamericana a nivel internacional, adscribiéndose y apoyando el desarrollo de la legislación internacional en materia de control de la producción y tráfico de sustancias, como la firma en 1988 de la Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, donde se plantea por primera vez al tráfico de drogas

³⁹ “Entre 1974 y 1985 recibió 115 millones de dólares y entre 1989 y 1990 recibió 30 millones” (Reuter y Ronfeld, 1992:127).

como una amenaza de seguridad, estipulando directrices severas respecto a su tráfico, así como al control de las sustancias precursoras, y acerca del blanqueo de capitales.

Este discurso de la seguridad nacional, implicó a nivel interno la reestructuración de los aparatos de inteligencia⁴⁰, el papel de las fuerzas armadas y diversas reformas legales y políticas en el manejo del tema. El narcotráfico ya no era una cuestión de seguridad pública, y mucho menos estaba limitado a un tema de salud. Era un asunto de Estado. Esta perspectiva continuó y se radicalizó a partir del sexenio de Carlos Salinas de Gortari (Enciso, 2009)

También en el marco de la cooperación con Estados Unidos, México adoptó una serie de reformas estructurales para hacer frente a la crisis económica de 1985. Entre ellas, se reformó la Ley General de Salud en 1984⁴¹, siguiendo los compromisos establecidos con el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, y se inició en el noventa la negociación para la implementación del tratado de libre comercio de América del Norte (NAFTA por sus siglas en inglés), que entró en vigor en 1994.

A raíz del NAFTA, el comercio transfronterizo se intensificó exponencialmente⁴² y con ello el trasiego de drogas de México a Estados Unidos⁴³. La caída de los precios del maíz, tras la importación de maíz norteamericano a México, conllevó a que un millón de campesinos dejara de sembrar, muchos de ellos empezaron a sembrar cultivos ilícitos (Ciccarone, 2009) y otros tantos migraron a las ciudades fronterizas para incorporarse a las maquiladoras en busca de mejores condiciones de vida. Éstos últimos prontamente se verían atrapados en un contexto de aumento de demanda de drogas y violencia⁴⁴.

⁴⁰ Como el establecimiento de profundas reformas en el funcionamiento de la PGR, entre ellas “la rotación más frecuente en los cargos directivos y la descentralización territorial de sus funciones con la creación de tres subprocuradurías penales cuya autoridad jurisdiccional comprendía estados no contiguos” (Snyder y Durán Martínez 2009: 263-264). Además de la creación de nuevas agencias como el Centro de Planeación para el Control de Drogas (CENDRO) y el Instituto Nacional Contra las Drogas (INCD) (Valdés, 2012).

⁴¹ Con esta ley, el sistema de bienestar social ofrecido por el Estado inicia su transformación hacia un sistema de orientación liberal que permite la participación de actores privados en el campo de la salud a través de la subrogación y traspasa ciertas funciones de prestación de servicios (como los de salud mental) a organismos de salud estatales.

⁴² “Mientras en 1989 estos intercambios fueron de 49,000 millones de dólares, en 2000 ya era de 247,000 millones” (Grillo, 2012:128). “Entre 1995 y 2003 el valor promedio del comercio entre Estados Unidos y México, y entre México y Canadá, creció más del doble” (Ríos Contreras, 2012:102)

⁴³ Pues la mayoría de droga introducida a Estados Unidos era escondida en contenedores legales dentro de vehículos que pasaban la frontera. “Como el acuerdo redujo los costos de transporte, de 1995 a 2005 la actividad de camiones entre Estados Unidos y México se incrementó en casi un 31 por ciento, incrementando también el volumen de droga transportada” (Ríos Contreras, 2012:102).

⁴⁴ “Los mexicanos salieron de las cabañas rurales para trabajar en las plantas de montaje de la frontera. Durante los noventa Tijuana y Juárez crecieron a razón de una manzana de viviendas al día y los barrios periféricos se extendieron por las montañas, barrios que luego serían el centro de la guerra de la droga” (Grillo, 2012: 129).

Los noventas serán una década de militarización, privatización e informalización. “En 1995, sólo una industria mexicana no resultó afectada por la crisis del peso. El tráfico de drogas siguió ingresando miles de millones y, como cobraba en dólares, la devaluación del peso le dio más poder. Dado el desempleo vigente, los cárteles pudieron reclutar soldados por menos dinero que antes. El narcotráfico se atrincheró aún más en los barrios bajos de todo el país” (Grillo, 2012:142) y ofreció alternativas laborales a estos jóvenes de colonias populares (Astorga, 1996).

Adicionalmente, Knight (2012) señala que los narcos, gracias a su poder económico, pudieron suplantar al estado en la distribución de ciertos bienes y servicios que beneficiaban sobre todo a los sectores más pobres de las regiones donde operan, logrando así un aumento de su legitimidad y convirtiéndose en referentes de identidad para los jóvenes, que veían cada vez más restringidas sus posibilidades de ingreso en los mercados laborales locales.

Así pues, las transformaciones institucionales en materia de seguridad, el obligado encarcelamiento de los capos que garantizaban la estabilidad y con los que había una larga relación (García, 2013); el aumento de las relaciones entre los narcos y los militares y policías locales; la disminución de los beneficios sociales que ofrecía el estado (Knight, 2012) y el mayor poder de las organizaciones criminales en México, junto con la erosión local del poder del PRI⁴⁵, marcaron el fin del periodo del esquema centralizado de regulación y control del narcotráfico, luego del cual empezó otro marcado por la no subordinación de los criminales a las autoridades y el progresivo aumento de la violencia relacionada al narcotráfico. “Las viejas reglas que operaban la relación entre el narco y el Estado⁴⁶ se empezaron a romper, generando un nuevo mapa de fragmentación criminal, frente al cual el Estado empezó a actuar también fragmentariamente” (García, 2013:362).

Con la captura de Félix Gallardo en 1989, iniciaron los conflictos entre el cártel de Juárez (liderado por Vicente Carrillo Fuentes) y el cártel de Tijuana, lo que se tradujo en un importante incremento de la violencia⁴⁷ en estas ciudades, que no se registraba desde mediados de los setenta, haciendo de Tijuana, la ciudad con más asesinatos de México en esos años.

⁴⁵ Por el cual adquieren mayor libertad gobernadores locales y mayor importancia las campañas políticas (Knight, 2012:129)

⁴⁶ No muertos visibles, no mercados locales de drogas, no trato directo con las instituciones políticas, no dispersión de bandas (García, 2013).

⁴⁷ De acuerdo a Grillo (2012) los asociados de Los Arellano Félix apostaron por la visibilidad de una violencia espectacular, que incluyó masacres en ámbitos urbanos, batallas con armamento pesado en aeropuertos que terminan con la vida de un cardenal, pasando por un metódico exterminio de oponentes.

El consumo de drogas duras se multiplicó en el país al final de la década del ochenta⁴⁸, principalmente en la región norte del país y especialmente en Tijuana (Astorga, 1996), donde los asociados de los Arellano Félix instalaron centenares de “tienditas” para vender droga, sobre todo en el centro y en los barrios bajos de la zona este. Estos minoristas eran protegidos por miembros de la policía municipal, que terminó convertida en el brazo armado de esta organización, lo que abriría una guerra interna entre municipales, estatales y federales mismos (García, 2013), añadiendo así “una nueva dimensión de la violencia generada por la droga que no tenía que ver con su trasiego hacia Estados Unidos, sino con el control de nuevos mercados locales” (Grillo, 2012:142).

A través de las “tienditas” de droga, los Arellano Félix no sólo encontraron una nueva manera de conseguir dinero rápido, promoviendo el crecimiento de un mercado interno, sino que generaron un nuevo mecanismo de control de “la plaza” que ya no pasaba por acuerdos con altos mandos políticos y policiales de la ciudad y que convertía al barrio en el territorio clave de control.

Ello conllevó a la creciente militarización del llamado combate a las drogas durante el gobierno de Zedillo a finales de los noventa, que a su vez, “no sólo desembocó en el aumento de las violaciones a los derechos humanos, luego de que los militares ocuparon cargos clave en cuerpos policiacos locales y federales en 30 de los 32 estados, sino en el aumento de la evidencia pública de corrupción en que se involucraron los más altos mandos del Ejército” (Serrano, 2009b: 233). Con Zedillo, se inicia un cambio radical en el papel de los militares en la lucha antidrogas, pues antes los militares sólo participaban en labores de erradicación de cultivos, pero nunca participaron en la captura directa de traficantes (Ríos Contreras, 2012).

En 1994 se reforma el Código Penal Federal, conformando gran parte de la legislación vigente en México en materia de drogas. Hay un aumento importante en las penas en casos de producción, transporte, tráfico, comercio y suministro, que se elevan a un mínimo de diez y un máximo de 25 años. Pero disminuye la pena por siembra, cultivo y cosecha. Establece además un

⁴⁸ La primera encuesta nacional de adicciones de 1988 mostró que el 4.8% habían consumido alguna vez en la vida; 2.1% lo últimos 12 meses; 0.9% mes anterior. (Astorga, 1996). Linares Pérez (2003), menciona que un estudio realizado entre 1974 y 1986, se encuentra que para las ciudades de La Paz y Mexicali, el 0.4% y 0.2% de la población urbana entre 14 y 64 años respectivamente, reportó consumo de heroína. Encuentra otro estudio realizado en centros penitenciarios de quince ciudades de la república, en el que se concluye que el uso de heroína solamente se presentaba en cárceles de la región noroccidental del país, ubicadas en los estados de Sonora, Sinaloa, Baja California y Baja California Sur. Reporta también que la proporción de pacientes atendidos en los Centros de Integración Juvenil en esta región que reportaron uso de algún narcótico era cinco veces superior que en aquellos ubicados en otros estados fronterizos (sin incluir Tamaulipas) y diez veces mayor al reportado en la región centro del país, mientras que en la región sur no se detectó uso de heroína.

cambio radical con respecto al consumo, al establecer que “No se procederá en contra de quien no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse, está destinada a su consumo personal” y que “al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193 no se le aplicará pena alguna”. En 1996 se crea la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, que elevó exponencialmente las penas por cualquier delito que se considera cometido en asociación delictuosa. (Hernández, 2010:61)

Con la muerte de Amado Carrillo en 1997, el cártel de Juárez se fractura en el cartel de Sinaloa, comandado por el Mayo Zambada y el de Juárez comandado por Vicente Carrillo Fuentes, el Viceroy, iniciando nuevos conflictos al interior de la estructura narco que tendrán efectos en las cifras de violencia, los procesos de militarización de las ciudades y los mercados locales de drogas en las décadas siguientes (Enciso, 2010).

3.1.4 2000 – 2015: Democratización y guerra contra las drogas

La llegada a la presidencia por parte del Partido Acción Nacional en el 2000, marca el fin de la era Priísta, que, aunque desde los ochenta su poder se venía erosionando, con la llegada de Fox al poder, se terminan de perder los canales de mediación y control entre el Estado y el narco. De acuerdo con Ríos Contreras (2012), cuando diferentes partidos rigen en diferentes niveles⁴⁹, se crea un ambiente perverso en el cual las autoridades de bajo nivel generan pocos y dispersos beneficios por hacer cumplir la ley y en contraste, las organizaciones criminales ofrecen grandes beneficios a corto plazo a cambio de cooperar con ellas, lo que lleva al crecimiento de estas últimas⁵⁰. En ese sentido, Ríos Contreras (2012) plantea que esta descentralización política produce incentivos para que los traficantes se armen, conformando ejércitos privados, lo que genera un incremento en los niveles de violencia, tal como lo atestiguamos a partir del 2000.

La primera organización en conformar su propio ejército privado fue el Cártel del Golfo, que en 1997 empezó a reclutar militares y exmilitares especializados en técnicas de guerra, conformando al grupo “Los Zetas” (Grillo, 2012). Posteriormente, los cárteles de Tijuana, Sinaloa y de Juárez conformaron sus propios ejércitos privados cooptando tanto a personal de las fuerzas

⁴⁹ “Mientras en los noventas, el 77 por ciento de las municipalidades eran gobernadas por el mismo partido en todos los niveles de gobierno, para el 2000, ello sólo sucedía sólo en el 14 por ciento”. (Ríos, 2012:93).

⁵⁰ Por ejemplo, “mientras en 1997 el cartel de Sinaloa sólo tenía presencia en 10 municipalidades, en 2006 pasa a estar presente en 75 y en 176 en 2010” (Ríos Contreras, 2012:99).

armadas mexicanas, como a migrantes centroamericanos, pandilleros y jóvenes de los barrios pobres de las zonas en que operaban (Ríos Contreras, 2012).

A partir del 2000 se reporta en Estados Unidos una caída importante en el precio de la heroína⁵¹ y la demanda de marihuana mexicana. Algunos autores plantean también la disminución de la demanda de cocaína (UNODC, 2011), sin que las tendencias sean contundentes al respecto. Sin embargo, aumenta la producción de metanfetaminas, de modo que, de acuerdo con la DEA, desde mediados de 2000⁵² los traficantes mexicanos controlan entre el 70 y el 90 por ciento de su producción y distribución en Estados Unidos⁵³. “En este contexto de reconfiguración de los mercados de drogas en Estados Unidos, florecen las batallas entre grupos de traficantes mexicanos por el control de territorios y rutas” (García, 2013:363).

La fuga del Chapo Guzmán de un penal de máxima seguridad en 2001, junto con el abatimiento de Ramón Arellano Félix y la detención de Benjamín Arellano en 2002, marca por un lado el fin del control los Arellano Félix en Tijuana y por el otro, el inicio de una nueva guerra entre el denominado Cartel de Sinaloa y el cartel del golfo, primero por Nuevo Laredo⁵⁴ y luego por Tijuana. En Tijuana el conflicto se extendió hasta 2011, cuando el cartel de Sinaloa tomó control del territorio (Semanario Zeta, 2016). Se fortalece así la idea de un Estado fragmentado por el narcotráfico a raíz de las múltiples batallas por control de territorios que atestiguó el país especialmente a partir de 2004 (Hernández, 2010).

El cartel de Sinaloa, “controlaba el tráfico de cocaína desde Bolivia y Colombia hasta Sonora y desde allí hasta Agua Prieta y Nogales, por donde introducían la droga a Estados Unidos a través de Arizona”⁵⁵ (Grillo, 2012:133). Así mismo, controlaban Sinaloa y los municipios

⁵¹ Según Ciccarone, Unike & Kraus (2009), entre 1992 y 2004 el precio de la heroína cayó en 62 por ciento, ello es explicado por Rosenblum y colaboradores (2014) por la entrada de heroína colombiana, que generó mayor competitividad y mayor pureza de la droga en el mercado, lo que se asocia a su vez con el aumento de los casos de sobredosis.

⁵² Hasta mediados de los noventa, la mayoría de la producción y el tráfico de metanfetamina en los Estados Unidos era realizada por grupos locales, pero con la detección y destrucción de laboratorios en este país, los traficantes mexicanos empezaron la producción de metanfetaminas de alta calidad y bajo precio (Brouwer, y cols., 2006).

⁵³ Los decomisos de metanfetaminas se han incrementado pasando de 96 kg en 1998 a 400 kg en 2001 y 741 kg en 2003, representando un aumento de ochocientos por ciento en cinco años (Brouwer, y cols., 2006).

⁵⁴ Para dimensionar la importancia estratégica de estos territorios, Grillo comenta que en 2004, sólo por Nuevo Laredo pasaban al año mercancías de circulación legal por valor de 90,000 millones de dólares. Más del doble de lo que circulaba por Cd. Juárez y cuatro veces los 22,000 millones que cruzaban Tijuana. 156 (Grillo, 2012:156). Por su parte, Osorno (2009:146) describe que “en 2006, en una entrevista del periodista Raymundo Riva Palacios al procurador Daniel Cabeza de Vaca, menciona que Nuevo Laredo, Matamoros, Reynosa, Cd Juárez y Tijuana es por donde entra principalmente la droga por tierra a EU”

⁵⁵ Osorno (2009), cuenta como realizan el trasiego de drogas hacia Douglas desde Agua Prieta. “El pasadizo era de más de 70 metros de largo y desembocaba en una bodega de la organización en Douglas, Arizona” (Osorno, 2009:284).

fronterizos de San Luis Río Colorado, Tecate y Mexicali, en Baja California, Nayarit, Jalisco, Morelos, Guerrero, entre otros territorios. Hermosillo al parecer era también un territorio del cartel de Sinaloa.

La principal respuesta a este aumento de la violencia entre los grupos de traficantes durante el gobierno de Fox fue la militarización de los estados donde se presentaban los principales enfrentamientos: Baja California, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Nayarit, Jalisco, Yucatán, Tabasco, Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Así mismo, se forma la Subprocuraduría Especializada en Investigación de Delincuencia Organizada (SEIDO), en reemplazo de la Fiscalía Especializada para la Atención a Delitos Contra la Salud (FEADS) y se crea la Agencia Federal de Investigaciones (AFI), debido a la corrupción encontrada en las FEADS (Astorga, 2007).

En 2005, los zetas se expandieron ocupando algunos de los territorios tradicionalmente controlados por la mafia sinaloense, lo que generó una nueva oleada de violencia en el país. “En 2005 se atribuyeron al crimen organizado 1500 asesinatos, en 2006 hubo 2000” (Grillo, 2012:176). En 2007 la media de homicidios relacionados con la droga, era de 200 al mes. En 2008 subió a 500 y el 80% de los asesinatos se produjo en Baja California, Sinaloa y Chihuahua (Grillo, 2012).

Entre 2008 y 2011 fue el periodo de mayor violencia en Ciudad Juárez por las disputas entre el cartel de Sinaloa y el cartel de Juárez. Las pandillas entraron como un nuevo actor, al convertirse en el brazo armado de las organizaciones (Dudley, 2013). En 2009, “Juárez se convirtió en la ciudad con más asesinatos del planeta” (Grillo, 2012:207), los usuarios de drogas de drogas fueron víctimas de esta guerra, pues se vieron perseguidos y asesinados incluso dentro de centros de rehabilitación.

A nivel internacional, el ataque a las torres gemelas del 2001 desató una transformación del discurso en torno a las drogas. Durante los noventa, el discurso contra las drogas se había asociado con seguridad nacional, pero ahora se asociará al terrorismo global, lo que implicará el advenimiento de una intervención principalmente militar.

A nivel nacional, los ataques del once de septiembre propiciaron un aumento de los mercados locales de heroína y metanfetaminas, especialmente en los estados fronterizos, pues de acuerdo a Bucardo y colaboradores (2005), después de los ataques del 09/11, los puertos fronterizos entre México y Estados Unidos se cerraron durante alrededor de tres semanas, durante este tiempo una gran cantidad de drogas destinadas al mercado norteamericano se quedó en México, provocando la necesidad de venderla en los mercados locales. Como consecuencia, el

precio del gramo de heroína cayó a cerca de 25 dólares en Ciudad Juárez y 40 dólares en Tijuana, pero se mantuvo entre 80 y 90 dólares en San Diego (Bucardo y cols., 2005).

A final del periodo de Fox, se promulga la Ley de Narcomenudeo, en la cual se despenalizaba la portación de cantidades mínimas para consumo personal, que sin embargo no pudo aprobarse debido a la censura que impuso el Departamento de Estado de Estados Unidos, sólo hasta después de la visita de Barack Obama, a mediados de 2009 se logró su aprobación (Enciso, 2010:86). La idea de esta ley era diferenciar entre usuarios y traficantes, de manera que los primeros pudieran ser canalizados a los servicios de salud y los segundos experimentar penas más severas. Sin embargo, dado los límites máximos para el porte de drogas⁵⁶, la ley ocasionó el encarcelamiento masivo de usuarios. Por ejemplo, sólo en la Ciudad de México, la población carcelaria detenida por tráfico de drogas creció 465% entre 2009 y 2010⁵⁷, la situación fue mucho más aguda para los usuarios de las ciudades fronterizas, quienes además de enfrentar el acoso policial, debían sortear el aumento de la violencia criminal.

La llegada de Felipe Calderón a la presidencia a finales de 2006, se asocia con el aumento de la militarización de la mayoría de los Estados, gracias a “la movilización de más de 50 mil militares en el marco de la denominada “guerra contra la droga”” (Grillo, 2012:184). No es claro sin embargo que la militarización del país haya disminuido el tráfico de drogas⁵⁸.

Con el abatimiento de Arturo Beltrán Leyva en 2010, inicia una nueva ola de violencia en el país pues las organizaciones que estaban concentradas bajo el mando de los Beltrán Leyva, se disgregan en varias bandas delictivas, que, al perder su fuerza y las capacidades financieras y logísticas para continuar con la exportación de drogas, se dedican a la extracción de rentas sociales a través de la extorsión, el secuestro y el narcomenudeo. Al 2012, se cuentan 120,000 homicidios y al menos 2,000 desaparecidos asociados con el crecimiento de la competencia de entre

⁵⁶ Por ejemplo, la ley establece un límite de medio gramo para cocaína, pero en el mercado la cocaína sólo se vende por gramo, lo que implica necesariamente que al momento de comprar, el usuario está en riesgo de ser aprehendido y procesado.

⁵⁷ En el periodo, 35% de la población encarcelada del país estaba por delitos relacionados con tráfico de drogas, de los cuales el 75% estaba por cantidades con valor menor a 100 dólares y el 20% por cantidades con valor menor a 15 dólares.

⁵⁸ En 2009, los agentes aduanales de la frontera incautaron un total de 1,159 toneladas de marihuana, heroína y metanfetamina. En 2006 las confiscaciones fronterizas aprehendieron 211 toneladas de droga, en 2007 fueron 262, en 2008 se bajó a 242, en 2009, 298. En Ciudad Juárez las confiscaciones cayeron mientras la violencia crecía: de 90 toneladas en 2007 se pasó a 75 en 2008 y a 73 en 2009. Pero siguen estando muy por encima de las 50 aprehendidas en 2006. Entre San Diego y Tijuana las confiscaciones se fijaron en 103 toneladas en 2007 y subieron a 108 en 2008, año de mayor violencia (Grillo, 2012:221)

organizaciones criminales que operaban previamente de manera centralizada. “La tasa de homicidios subió de 8.5 por ciento en 2007 a 24.22 en 2011” (Durán-Martínez, 2015:136).

Esta división de los carteles conllevó, según Durán Martínez (2015), a la transformación de los mecanismos de compra-venta de drogas, especialmente en las ciudades que se encontraban en el centro de las disputas territoriales, como Tijuana y Ciudad Juárez, donde la venta independiente de drogas por parte de distribuidores “móviles” fue reemplazada por las “tienditas”, que eran controladas por los brazos armados de las organizaciones. Así, los narcomenudistas locales pasaron a ser sicarios de las organizaciones criminales, protegidos por policías locales, quienes restringen las drogas disponibles y los lugares de compra-venta. Pandillas como Barrio Azteca en Ciudad Juárez empezaron a disputarse el poder territorial de los barrios, controlando los mercados de drogas, pero también cobrando extorsiones y secuestros.

Resumiendo, esta breve historia del narcotráfico en México, muestra que la criminalización de ciertas sustancias es un fenómeno del siglo XX, gestado por la presión Estados Unidos; enfatiza además como la década del ochenta es un momento de quiebre, no sólo por el auge de las políticas de liberalización de la economía, contracción de los beneficios estatales y crisis económica, sino también por la erosión del control del Estado y su imposibilidad de contener a las organizaciones del crimen organizado. Finalmente, muestra que la asociación entre uso de drogas y violencia es un fenómeno que se va gestando desde los ochenta, con eventos específicos, pero que a partir de las últimas dos décadas se consolida especialmente en los barrios populares urbanos de las zonas de frontera, que se ven convertidos en territorios en disputa.

Los relatos de los narradores participantes en el estudio, al pertenecer a tres generaciones distintas, van ilustrar como los diferentes momentos de la historia del narcotráfico impactaron sus mecanismos de socialización en el barrio, sus estrategias para usar, comprar y vender drogas, y cómo el aumento de la violencia ha generado mayores contextos de riesgo tanto en términos adquisición de VIH y muerte por violencia, como de transiciones más rápidas a drogas “más duras” y al uso inyectado de las mismas. Por ahora, paso a describir cómo ha sido el desarrollo de la atención institucional al VIH y uso de drogas.

3.2 Pistas para comprender la epidemia de uso de inyectables en el norte de la República

3.2.1 El nacimiento de la atención en salud al uso de drogas en México

El desarrollo global del discurso médico en torno a la atención al uso de drogas surge propiamente en Estados Unidos a partir de la segunda mitad del siglo XX. Hasta antes de 1940, predominaba el discurso jurídico a través del cual se criminalizaba a los usuarios y por tanto, eran condenados y reclusos en prisiones.

De acuerdo con Garbi y colaboradores (2012), es entre la década de 1940 y 1950 que desde la psiquiatría se empieza a considerar el uso problemático de drogas como un problema de “malformación del carácter”, por lo que modificar el consumo suponía modificar al sujeto y por tanto, el tratamiento debía dirigirse a lograr un proceso de cambio de actitudes, “reconstrucción de la personalidad y desarrollo de una forma disciplinada de vida” (Garbi, Touris, & Epele, 2012:869)

En 1935 aparece la organización Alcohólicos Anónimos (AA) en Estados Unidos, ofreciendo alternativas de tratamiento para la dependencia al alcohol, por fuera de las instituciones de salud y a través de grupos de autoayuda, ante la poca eficacia que mostraba el modelo médico. El éxito del modelo, hizo que su esquema se trasladara a personas con uso problemático de drogas en 1947 en California, surgiendo así los grupos de Narcóticos Anónimos (NA). El primer grupo de AA en México, se creó en 1941 y a partir de 1950 empezaron a surgir grupos de NA primero en el norte de México y desde ahí se expandieron hacia el sur de la República, constituyendo un modelo alternativo de tratamiento de adicciones que se mantiene vigente y que es reconocido por el mismo modelo médico hegemónico⁵⁹.

Dado que la historia de la atención al uso de drogas desde el modelo médico hegemónico se inscribe dentro de la historia general del sistema de salud mexicano y de la psiquiatría, se hace necesario mencionar algunos hitos de éstos últimos que son el contexto en el cual surgen discursos, prácticas e instituciones encargadas específicamente del uso de drogas.

El nacimiento de la psiquiatría moderna en México se asocia con la fundación del Manicomio General de la ciudad de México ‘La Castañeda’ en 1910, donde existía ya en ese momento un pabellón especial para los toxicómanos, quienes eran fundamentalmente alcohólicos,

⁵⁹ En 2002 se firma un convenio de colaboración entre AA y los Centros de Integración Juvenil, para que los primeros apoyen las acciones de prevención y tratamiento que brindan los segundos. También en 2002, se firma un acuerdo entre AA y la Secretaría de Seguridad Pública para conformar grupos de AA en los reclusorios, ante la falta de alternativas de atención en estos espacios. En 2009 se firma un convenio entre AA y el IMSS con la finalidad de que los primeros ofrezcan pláticas de prevención en los hospitales y seguimiento a pacientes hospitalizados por causas asociadas al uso de drogas y alcohol, evitando así recaídas (Nanni Alvarado, 2012).

fumadores empedernidos de marihuana y heroinómanos, cuyo entorno social los consideraba merecedores del encierro (Ríos Molina, 2008). La falta de conocimientos y de tecnología médica para tratar los padecimientos mentales, neuronales y del carácter de las personas allí consignadas⁶⁰, llevó a que el tratamiento para todos los padecimientos fuese esencialmente el asilo (De la fuente & Campillo, 1976).

En 1917 se creó el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, que tenía entre otras funciones, el control del tráfico de drogas. En este contexto, en la década de 1930 el código penal si bien diferenciaba conceptualmente entre distribuidor de drogas y toxicómano, criminaliza a ambos al considerarlos delitos federales⁶¹. Sólo durante un corto periodo (de febrero a Junio de 1940) se implementó un nuevo reglamento que planteaba abiertamente una perspectiva médica para el “control de las toxicomanías”, al definir al toxicómano o vicioso como un “enfermo a quien hay que atender y curar” (Astorga, 1996:45). Por fuera de ese corto periodo de excepción, el toxicómano fue considerado en México un criminal hasta casi la mitad del siglo XX y consignado por tanto en las cárceles locales.

La adopción de una perspectiva médica frente al tratamiento de las toxicomanías, necesitó primero de la creación del Sistema de Salud Mexicano⁶², que permitía al Estado “hacer frente a las demandas de industrialización a través del progreso tecnológico y del desarrollo económico del momento” (Frenk, Sepúlveda, Gómez-Dantés, & Knaul, 2003: 1667).

En el marco de este proceso de modernización, en 1944 se creó la primera «Granja de recuperación para enfermos mentales pacíficos» en Guanajuato, basada en la terapéutica por el trabajo y destinada a pacientes crónicos de La Castañeda “con la finalidad de desahogar a esta institución de la sobrepoblación de este tipo de pacientes que, a pesar de su cronicidad, tenían aptitudes para el trabajo” (Sacristán, 2005:34). Así mismo, los hospitales granja, al poner a los pacientes a realizar trabajos agrícolas, domésticos, artesanales y/o industriales, ayudaban a disminuir la carga económica que representaban los hospitales mentales para el Estado. Entre 1945

⁶⁰ De acuerdo con De la Fuente y Campillo (1976) sólo a partir del fin de la primera guerra mundial se dio un impulso al desarrollo de la psiquiatría y es sólo a partir de 1935 que aparecen los primeros tratamientos para las enfermedades mentales: Inducción de crisis convulsivas y de coma con medicamentos, terapia de electrochoques y lobotomías.

⁶¹ De acuerdo a Astorga (1996:42), “en el código penal de 1931, el toxicómano es clasificado como aquella persona que sin fines terapéuticos sea usuario habitual de las drogas señaladas en los artículos 198 y 1999 del código sanitario vigente”.

⁶² Fundado en 1943 a través del establecimiento de la Secretaría de Salud (SSA) – entonces denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública –, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital Infantil de México que se convirtió en el primer Instituto Nacional de Salud (Frenk, Sepúlveda, Gómez-Dantés, & Knaul, 2003)

y 1968 se establecieron once de estas granjas u hospitales campestres cerca de las ciudades capitales de los estados. De acuerdo a Escohotado (2005), el término ‘rehabilitación’ aplicado al uso de drogas y ligado a la terapia ocupacional, surge justamente en el contexto de estas granjas.

En 1952, la llegada de fármacos que modificaban las funciones mentales y la conducta, revolucionó la práctica psiquiátrica en México y dio entrada a la era moderna de los tratamientos (De la fuente & Campillo, 1976). Como respuesta a este desarrollo, en 1964 se construyó el primer hospital de neurología y a finales de 1965 se cerró el Hospital de La Castañeda.

A finales de la década de los sesenta y en respuesta al convulsionado ambiente político y cultural, en el que los jóvenes eran protagonistas, aparecen los Centros de Integración Juvenil (CIJ), como asociación civil incorporada a la Secretaría de Salud (SSA) para atender el consumo de drogas entre los jóvenes. En este contexto, los CIJ son vistos como una estrategia del gobierno de Echeverría para abordar los problemas de la juventud desde una perspectiva no represiva - tras verse expuesto a los hechos violentos de Tlatelolco en 1968 y el Halconazo en 1970-, al tiempo, que daba una respuesta de atención ante el imaginario de riesgo generado por los medios de comunicación tras la celebración del “Festival Rock y Ruedas de Avándaro” de 1971 que ligaba rock, sexo y drogas⁶³. Desde los CIJ cualquier uso de sustancias psicoactivas fue considerado abuso y tratado como tal⁶⁴. Los CIJ introducen el término “farmacodependencia” en México, reemplazando al de “toxicomanías” e iniciando una nueva era en términos de prevención y atención al uso de drogas.

En 1972 la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública conformó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), el cual desarrolló las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas sobre el uso de sustancias psicoactivas. En 1976 se levantó la primera Encuesta de Consumo de Drogas en Población Escolar de Secundaria, Preparatoria y Técnica (ENCODE). A la fecha, se han realizado cinco encuestas nacionales en escolares, en 1976, 1986, 1991, 1997 y 2014, y encuestas específicas de los escolares de la ciudad de México cada tres años desde 1976, siendo la última la aplicada en 2012. También se han

⁶³ Por ejemplo el núm. 32 de la fotonovela “Casos de Alarma”, estaba dedicada al festival y contenía titulares como “Avándaro, El Infierno”; “Valiente exposición de los hechos que asombraron al país... ¿una juventud desorientada o una generación de padres culpables”; “¿Amor y paz?... Vicio y degeneración”. <http://insectosmx.tumblr.com/post/27501021158/casosdealarma>

⁶⁴ Esta posición frente al uso de drogas, ha dificultado que se ofrezca tratamiento sustitutivo para opioides en estas instituciones. Sólo hasta el año 2001 se abre esta modalidad terapéutica en Ciudad Juárez (Guisa Cruz, 2015) y posteriormente se abrió otra en Tijuana en 2003.

aplicado encuestas a escolares en los estados de Nuevo León (2006), Jalisco y Estado de México (2009) y a población general en ciudades como Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey, Querétaro y Yucatán, en diferentes años, sin que haya una continuidad establecida.

En 1979 el CEMEF es absorbido por el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), que dio origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría (CONADIC, 2012). Pero es sólo hasta 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud, que establece entre otras, programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, que se crea un organismo encargado de normar el cuidado de la salud mental en México.

La década de los ochenta se caracteriza por una intensa actividad en investigación epidemiológica en materia de uso de drogas. Se diseñan e implementan las primeras encuestas nacionales de adicciones (ENA) con participación del Instituto Nacional de Psiquiatría dirigida a población general entre 12-65 años. La información de las encuestas alimenta el diseño intervenciones que además, incorporan modelos de tratamiento implementados en Estados Unidos. Se han levantado ENA's en 1988, 1993, 1998, 2002, 2008 y 2011, las tres primeras registraban datos urbanos y en las últimas se agregaron datos del medio rural⁶⁵, sólo la encuesta de 2008 tiene representatividad a nivel de entidad federativa, el resto presenta representatividad a nivel de región. La principal limitación de la ENA es que al ser una encuesta de hogares tiene sesgos de subreporte y subrepresentación de usuarios crónicos, pues suelen no tener una residencia fija, sin embargo, tienen la ventaja de permitir analizar tendencias de uso de drogas en la población general.

En 1986 se conformaron por mandato federal, los Consejos Estatales contra las Adicciones, con la finalidad de coordinar las acciones de prevención y control de usos de drogas en todo el territorio nacional entre jóvenes de 12 a 25 años y establecer un marco normativo al respecto (CONADIC, 2012). En este mismo año, se creó el Sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad México del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que tiene por objetivo evaluar las tendencias y cambios del fenómeno a través del tiempo. A la fecha, no existe una iniciativa similar en otra entidad de la República.

A mitad de la década de 1980, se inició el proceso de descentralización del sistema de salud, en respuesta a “la crisis económica de 1982, al incremento de la demanda de los servicios de salud, al complejo panorama epidemiológico -con la superposición de enfermedades infecciosas y crónicas- y a la aceptación, por el gobierno mexicano, de la agenda de ajuste estructural

⁶⁵ De menos de 2500 habitantes.

capitaneada por los organismos financieros internacionales para disminuir el papel del Estado” (Abrantes Pêgo & Almeida, 2002:981).

La descentralización buscaba mejorar el acceso a los servicios de salud y racionalizar recursos a través de la integración de las instituciones de Seguridad Social con las de la SSA, bajo la coordinación de esta última, constituyendo un “Sistema Nacional de Salud basado en atención primaria, descentralizado, ágil y con participación de los diferentes niveles de gobierno y de prestadores de servicios de salud públicos, privados y sociales” (Frenk y colaboradores, 2003:1668). Este proceso sólo culmina hasta finales de los noventa.

En 1986 aparece la primera organización de la sociedad civil que ofrece servicios de reducción de daños a personas que se inyectan drogas en Ciudad Juárez (Programa Compañeros A.C.), en respuesta a la creciente demanda de atención en salud de esta población, bajo el paradigma de promoción y desarrollo de la comunidad, con un fuerte componente de educación entre pares y organización comunitaria.

En 1990 se creó el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)⁶⁶ cuyo objetivo es “recopilar información que permita identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y el abuso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas” (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012).

El SISVEA integra anualmente datos de los centros de tratamiento no gubernamentales y gubernamentales, los consejos tutelares de menores, los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO), y los servicios de urgencias de los hospitales públicos participantes en el sistema, e incorpora los resultados de las ENA y las ENCODE⁶⁷.

⁶⁶ El funcionamiento del SISVEA, se inicia con un Coordinador que es el responsable de la capacitación y asesoría de las personas involucradas en el sistema local, coordina la logística, recolecta y valida la información, la captura, analiza y la envía al Coordinador Estatal, éste es el enlace con el nivel Nacional y es el responsable de que se realicen las actividades en la(s) fuentes de información que participen en el SISVEA de su entidad, vigila se cumplan con los tiempos establecidos, integra la información, la valida, la analiza, la envía a Nivel Nacional y realiza la difusión de los resultados en el ámbito estatal. El Nivel Nacional al recibir la información, realiza una evaluación de las bases de datos utilizando indicadores de cobertura, oportunidad y calidad.

⁶⁷ Las principales dificultades que presentan los datos del SISVEA tiene que ver con la comparabilidad, entre fuentes (pues no se reportan los mismos indicadores en todas las fuentes) y entre años. Aunque el Sistema se lanza en 1990, sólo hasta 1994 la notificación de datos adquiere carácter obligatorio con la Norma Oficial Mexicana 017, sin embargo, aún hoy no todos los centros de rehabilitación ni los hospitales participan en el SISVEA y pareciera que su vinculación y el reporte de información son voluntarios. No están disponibles los criterios de participación ni el listado de centros y hospitales participantes, por lo que la información no sólo es parcial, sino que no hay forma de comprender sus sesgos. Año con año, se suman al informe nuevas entidades y/o ciudades dentro de las mismas entidades, por lo que cada año estamos hablando de una realidad contextualmente más compleja y demográficamente distinta. Así mismo,

A principios del nuevo milenio se pone en marcha una segunda reforma del Sistema de Salud, basada en la reorganización del sistema por funciones (provisión, financiamiento y administración) con el objetivo de aumentar la cobertura en salud a través del Seguro Popular. A partir de este nuevo modelo, la SSA se encargará de “la coordinación, supervisión y regulación del sistema (incluidos los organismos de seguridad social y el sector privado) y de proporcionar los servicios de salud no-personales. Los servicios de salud personales serán prestados por proveedores privados” (Frenk, Sepúlveda, Gómez-Dantés, & Knaul, 2003: 1670).

En el marco de esta segunda reforma se crearon las Unidades Médicas Especializadas (UNEMES), las cuales se integran a las redes estatales de atención a la salud, con el fin de acercar servicios especializados a la población, reducir los costos de operación y descongestionar los servicios de los hospitales bajo el modelo de atención primaria en salud, ofreciendo una cobertura integral de servicios. A lo largo de la década se crearon UNEMES para ofrecer atención a enfermedades crónicas (UNEMES-EC), a la salud mental (UNEMES-CISAME), al VIH/SIDA y otras ITS (UNEMES-CAPASITS) y a la prevención de adicciones (UNEME-Nueva Vida).

En el 2000 se crea la figura del comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), encargado de promover políticas públicas que orienten el contenido del Programa Nacional contra las Adicciones 2000 – 2006 y su actualización 2006-2012, así como coordinar y evaluar las acciones del programa. Entre el 2000 y el 2005 se empieza a ofrecer por primera vez el tratamiento sustitutivo para opioides con metadona por los CIJ, primero en Tijuana en 2003 y después en Ciudad Juárez en 2004, al tiempo que aparecen clínicas privadas de metadona en diferentes ciudades de Baja California, en Ciudad Juárez y Hermosillo.

En 2011 se crea el Centro Nacional para la prevención y control de las Adicciones (CENADIC). Mientras el CONADIC es una instancia que depende directamente de la Secretaría de Salud del gobierno federal, el CENADIC hace parte de los órganos desconcentrados de la SSA. El primero diseña y propone a las entidades y dependencias federales políticas, programas y estrategias transversales en materia de adicciones, mientras que el segundo instrumenta y coordina la ejecución de dichas estrategias (CONADIC, 2012).

cambian los formatos de presentación de los datos, lo que dificulta la construcción de series de tiempo. Por ejemplo, a partir del 2009 los informes presentan la información de droga de inicio para los usuarios que acuden a los centros de integración juvenil es agrupada por droga de impacto, de modo que no tenemos acceso a los denominadores.

En el 2011, se suma a esta estructura la red de Centros de Nueva Vida en toda la República, creados con el dinero confiscado en el caso Zhenli Ye Gon, con la finalidad de llevar acciones de prevención e intervenciones breves a jóvenes entre 12 y 17 años. En total, fueron creadas 335 unidades en 256 municipios de las 32 entidades federativas del país (Alvear Sevilla & Martín del Campo, 2012).

Esta cronología, muestra como es a partir de 1980 que se multiplica el dispositivo institucional de atención al uso de drogas, principalmente en materia de vigilancia epidemiológica y construcción de infraestructura de servicios, lo cual se relaciona con el aumento – como mostraré en el apartado siguiente – de la demanda en atención. Sin embargo, tal como lo plantean Madrazo y Guerrero (2012), a la fecha “no hay documento público alguno que enuncie de forma integrada algo que podamos llamar propiamente una “política de drogas, sino disposiciones dispersas en distintos instrumentos que, por acumulación, fungen como el plano arquitectónico de la política gubernamental” (Madrazo & Guerrero, 2012).

Dado que el principal indicador de evaluación del Programa Nacional de Salud en materia de drogas es el porcentaje de personas que han usado alguna droga alguna vez en la vida, es posible asumir que el supuesto detrás de la política es que todo uso es abuso, tal como lo maneja el CIJ desde la década del setenta, lo que explicaría tan pocos esfuerzos en materia de tratamiento a personas en situación de dependencia y falta de servicios especializados por tipo de droga.

Aún más, considerando que el régimen jurídico de las drogas en México está conformado por la regulación de la demanda – regulación sanitaria que incluye los programas de prevención y de tratamiento de las adicciones – y de la oferta - regulación penal que prohíbe todas las actividades relacionadas con las drogas, excluyendo el consumo pero no la posesión -, se observa un desbalance en la proporción de los recursos destinados a esta última en relación con la primera en una relación de 16 a 1, según el mismo Programa de Acción Específico 2007-2012, Prevención y Tratamiento de Adicciones, publicado en 2008 (Madrazo & Guerrero, 2012). Desde entonces, el presupuesto para instituciones de salud no ha crecido de manera sustancial, especialmente si se considera el aumento de las actividades designadas y la demanda de atención reportada en los informes del SISVEA y en las mismas encuestas a estudiantes y población general.

Aunado a ello, los procesos de descentralización del Sistema de Salud han generado que los estados tengan que asumir la responsabilidad de la implementación de las acciones en materia

de uso de drogas, lo que genera discontinuidades de acuerdo a las fluctuaciones de las voluntades políticas del momento y al escaso presupuesto para darles seguimiento, lo que se refleja en las diferencias en calidad y cantidad de información con que se cuenta por entidad federativa.

Ello redundaría en la existencia de servicios de atención heterogéneos en términos de calidad, carentes de estrategias de evaluación y con una tasa de eficacia muy baja. Ante la escasa respuesta pública en la atención al abuso de drogas, los centros de tratamiento no gubernamentales y privados han crecido exponencialmente en toda la República, constituyéndose en evidencia palpable de la inequidad en la atención que experimentan los usuarios según su condición socioeconómica. El encierro compulsivo aparece como una característica transversal en la mayoría de estos centros, a pesar del debate sobre los efectos de ello sobre el pronóstico del tratamiento mismo.

Si bien, los discursos médicos frente al abuso de drogas y la dependencia se han complejizado y se incorporan cada vez más componentes en los modelos de atención, sigue primando un énfasis en la intervención individual, desligadas del contexto en el cual las prácticas de uso de drogas tienen lugar y se tornan problemáticas tanto para los individuos como para sus comunidades.

Veamos ahora cómo ha evolucionado la epidemiología del uso de drogas en México.

3.2.2 Tendencias de uso de drogas en México 1980 – 2015

En términos generales, a nivel nacional, los informes de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) desde 1988 hasta 2011⁶⁸, muestran un incremento constante en la proporción de personas que reportan haber usado alguna droga alguna vez en su vida. Por ejemplo, mientras en 1988 el 3.3% de la población reportó haber usado alguna droga alguna vez en su vida, la proporción pasó al 5.7% en 2008 y a 14% en 2011, así mismo se reporta el aumento significativo de dependientes a sustancias. Pero las tendencias son diferentes de acuerdo al tipo de sustancia.

Con respecto al uso de marihuana por ejemplo, diversos estudios convergen en plantear que esta práctica existe en México desde antes de la llegada de los españoles, se popularizó durante la época de la Revolución entre los soldados y población de bajo nivel socioeconómico, se expandió

⁶⁸ Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología (1994). Encuesta Nacional de Adicciones 1993 (ENA-93). SSA; Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Reporte de Resultados Nacionales*. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Informe 2009. México, 2009

en los setenta como símbolo de rebeldía entre la población juvenil de todas las clases sociales (Rojas, Real, García-Silberman, & Medina-Mora, 2011) y a la fecha es la principal droga usada en el último año por el 1.2% de la población entre 12 y 65 años según la ENA 2011 (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012). Ha sido usada alguna vez por el 10.8% de los estudiantes según la ENCODE 2014 (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015) y por el 61% de los usuarios de la Ciudad de México (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012) .

El uso de inhalables por su parte, es reportado como una práctica más común en población vulnerable y desde 1970 se reportan incrementos en el número de usuarios, que tienen que ver con el momento en que se expande de la industria de los petroquímicos en el país. A partir de la década del ochenta, el uso de inhalables se extiende en toda la población independientemente del nivel socioeconómico y en la década del noventa su consumo se ha reducido, al parecer al ser reemplazado por el uso de cocaína y crack (Rojas, Real, García-Silberman, & Medina-Mora, 2011). En 2011, la ENA reporta una prevalencia de 0.1% en la población de 12 a 65 años (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012) y en la ENCODE (2014) de 5.9% (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015). En cambio, la prevalencia de uso de cocaína y/o crack alguna vez en la vida en la ENA (2011) fue de 3.5% (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012).

Justamente, a partir de la década del noventa, se encuentra un aumento importante en el uso de crack y metanfetaminas, esta última especialmente en las ciudades del noroccidente del país. En la ENCODE (2014), el 1.4% de los estudiantes reportaron haber usado crack alguna vez en la vida y 1.7% metanfetaminas (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015), mientras en la ENA (2011) se reporta una prevalencia de uso en el último año de crack de 0.1% y de metanfetaminas de 0.2% (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012). Entre 2002 y 2008 se reporta además un aumento importante en el número de usuarios de cocaína y de metanfetaminas, los primeros pasaron de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, mientras que los segundos aumentaron 6 veces su tamaño en el periodo (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008) y se duplicaron en 2011.

También desde la década del setenta, se reporta incremento en el número de casos de usuarios de heroína entre la población penitenciaria de Tijuana y las personas atendidas por el Centro de Integración Juvenil (CIJ) de esta ciudad. Entre 1976 y 1982, dos de cada cien personas atendidas en los CIJ del país usaba esta sustancia. De ellos, el 82% fue atendido en centros de tratamiento ubicados en 4 ciudades fronterizas: Tijuana, Ciudad Juárez, Nogales y Piedras Negras (Rojas, Real, García-Silberman, & Medina-Mora, 2011). A nivel nacional, el reporte de uso de

heroína pasó de 0.01% en 1988 a 0.2% en 2008 y se mantiene en este nivel en el 2011 (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012). La ENCODE (2014) reporta una prevalencia de heroína alguna vez en la vida de 0.9% (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015).

Desde 1990, la demanda de atención por uso de heroína empezó a incrementarse de manera importante especialmente en las ciudades fronterizas. En 1994, 13.3% de los usuarios atendidos por los CIJ reportó la heroína como droga de impacto; en 1999, el porcentaje ascendió a 44%. En ciudades no fronterizas, estas proporciones eran de 1.6% y 7.4%, respectivamente (Rojas, Real, García-Silberman, & Medina-Mora, 2011). Una encuesta realizada en 2000 en población privada de su libertad en Tijuana y Ciudad Juárez, encontró una prevalencia de uso de drogas inyectadas de 37% y 24% respectivamente, de los cuales 92% se inyectaban heroína, 36% inhalaban cocaína y 46% se inyectaban cocaína y heroína juntas (Pollini, y otros, 2009).

Los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), reportan también aumentos importantes en la proporción de individuos que llegan a los centros de rehabilitación y reportan la heroína como droga de inicio y como droga de impacto por la cual buscan apoyo. Del total de usuarios internos de los centros de tratamiento no gubernamentales en 1994, sólo el 1% reportó la heroína como droga de inicio, en 1997 la proporción sube a 8% y al 2006 es del 12%. (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2006) .

Para el 2003, el informe del SISVEA refiere como principales drogas de impacto (aquellas sustancias por las que el sujeto solicita atención) a la heroína (21%) y la cocaína (19%) y se mantiene esta tendencia en 2009. Sin embargo, del 2009 en adelante, los informes reportan que el porcentaje de usuarios que acuden a los centros de tratamiento no gubernamental por uso de heroína es de 6.5% (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2011), en 2012 cae a 3.8% y se mantiene en 3.2% en 2014 (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2012), lo cual no se corresponde con los aumentos en la prevalencia detectada por la ENA (2011). A 2015, se estima que hay en el país 141,690 usuarios de opiáceos inyectables y no inyectables (Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA), 2015)

Aún más, Tena Tamayo (2012) plantea que mientras en el 2000 el consumo de heroína estaba concentrado en 10 estados de la República, para 2012, de acuerdo a los datos de la última ENA (2011), el consumo de heroína se había diseminado a 31 de los 32 estados. Siendo Chihuahua,

Baja California y Sonora los estados con mayor proporción de usuarios de heroína según los reportes del SISVEA, fenómeno asociado en parte - según Tena Tamayo (2012) - a que Chihuahua es un estado productor de Amapola y junto con Sonora y Baja California son puerta de entrada al mercado de las drogas de Estados Unidos (Tena Tamayo, 2012).

Ahora bien, los datos de trayectorias de uso de droga que levanta el SISVEA muestran una tendencia al inicio de uso cada vez más temprano. Mientras en 1998 sólo el 7% de los usuarios de heroína de los Centros de Tratamiento No-gubernamentales reportó haber iniciado su consumo entre los 10-14 años, al 2006 la proporción fue del 50%. La ENA 2008 por su parte, reporta que el 40.3% de los usuarios de heroína se iniciaron antes de los 17 años. La encuesta muestra también que el uso de drogas en general es mayor en las generaciones más jóvenes, en comparación con lo que ocurría en las cohortes previas: “Solamente 3.6% de las personas que nacieron entre 1942 y 1956 informó haber usado drogas. El índice aumenta a 5.7% en la generación nacida entre 1957 y 1971; en aquélla nacida entre 1972 y 1983 aumenta a 7.7% y disminuye a 4.9% en aquéllos nacidos entre 1984 y 1996” (ENA, 2008:47).

Sin embargo, las tendencias han sido aún más fuertes en la región noroccidental del país. En 1989, un estudio realizado por CIJ, en internos de 15 penales distribuidos en toda la República, encontró que el uso de heroína solamente se presentaba en cárceles de la región noroccidental del país (Sonora, Sinaloa, Baja California y Baja California Sur). También la Primera Encuesta Nacional de Adicciones de 1988 reportó que la región noroccidental del país tenía la mayor frecuencia de consumo de heroína, con una prevalencia de 0.78%, siendo la prevalencia nacional de 0.1% (Linares Pérez, 2003). Así mismo, en 1998 la Secretaría de Salud reportó que la proporción de pacientes atendidos en la región noroccidental que reportaron uso de algún narcótico era cinco veces superior que en aquellos ubicados en otros estados fronterizos (sin incluir Tamaulipas) y diez veces mayor al reportado en la región centro del país, mientras que en la región sur no se detectó uso de heroína (Linares Pérez, 2003).

Estos cambios en las tendencias regionales de uso de heroína, cocaína y metanfetaminas se asocian directamente con la historia del narcotráfico en México⁶⁹. Específicamente, Bucardo y

⁶⁹ Por ejemplo, en relación con la heroína, Astorga (1996) describe que antes de 1920, el tráfico de drogas en México se hacía principalmente a través de Tijuana, a partir de 1930 los carteles de opio expandieron sus rutas a Ciudad Juárez, haciendo uso de las rutas del ferrocarril del pacífico, pero es hasta la década de 1940 que Juárez se configura como una ciudad de distribución de heroína, lo que explicaría las altas prevalencias de uso en esta región desde el inicio de la vigilancia epidemiológica. En 2007, el 40% de la heroína que entró a Estados Unidos era de origen mexicano (Ciccarone, 2009). Actualmente, “México es, después de Afganistán, el principal productor de opio en el mundo para

colaboradores (2005) plantean que el aumento de las prevalencias de uso de drogas en el Norte de México se asocia, entre otros factores, al incremento del tamaño y poder de las organizaciones dedicadas al tráfico de drogas y al aumento de la seguridad en la frontera, tras el 9/11, que generó que más cantidades de droga se quedaran de este lado de la frontera, abaratando los precios y generando mayor disponibilidad en los entornos locales.

Según el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA, 2010) el 43.9% de la población usuaria de drogas inyectadas se ubica en las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez, Hermosillo y Guadalajara como lo indica la tabla 2.

cuadro 6. Estimación de número de usuarios de drogas inyectadas en ciudades seleccionadas.

Ciudad	% de UDIS en relación al total nacional (53,284)	Tamaño de la población UDI	Tamaño de la población Mujeres UDI	Tamaño de la población Hombres UDI	Prevalencia de VIH*
Tijuana	22.1	11,787	1768	10,019	4.2%
Ciudad Juárez	18.8	10,002	2000	8,002	7.7%
Hermosillo	3.0	1,605	241	1,364	5.2%
Guadalajara	0.9	477	72	406	SD

Fuente: CENSIDA, 2010 Tamaño estimado de población HSH y UDIS en las ciudades prioritarias de propuesta Ronda 9 Fondo Mundial. Dirección de Investigación Operativa.

*Fuente: Diagnóstico situacional del VIH/SIDA en México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2012

Veamos cómo ha sido la evolución de las tendencias de uso de drogas en los estados y ciudades de interés de este estudio a saber, Hermosillo, Sonora; Ciudad Juárez, Chihuahua y Tijuana, Baja California.

El mapa 1 muestra la ubicación geográfica de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en el territorio nacional

el comercio ilegal, aportando un 5% de la producción mundial” (Medina-Mora, Real, Villatoro, & Natera, 2013:68) Con respecto al uso de cocaína, Brouwer y colaboradores (2006) explican que a partir de 1980 la frontera México-Estados Unidos se convirtió en el principal punto de entrada de cocaína a Estados Unidos. A partir de 1990 los traficantes colombianos, empezaron a dejar la mitad de la cocaína a ser transportada como parte de pago por el servicio de transportación que prestaban los traficantes mexicanos, lo que pudo haber aumentado la disponibilidad de esta droga en la frontera como lo muestran los datos de aumento de la demanda justo a partir de los noventa. Finalmente, con respecto a las tendencias de uso de metanfetaminas, Brouwer y colaboradores explican que en la década de 1990, tras la caída de los laboratorios de metanfetaminas de Estados Unidos, los traficantes de drogas mexicanos empezaron a producirlas, actualmente entre el 70 y el 90% de la metanfetamina que se distribuye en estados unidos es producida en México (Brouwer, y otros, 2006).

Mapa 1. Ubicación geográfica de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo.



3.2.2.1 Epidemiología del Uso de drogas en Sonora: 1991- 2015

La encuesta nacional de estudiantes de enseñanza media y media superior levantada en 1991 muestra que en Sonora el 7.4% de los encuestados reportó haber consumido alguna droga ilegal alguna vez en su vida (Medina-Mora, y otros, 1993), para 2014 la prevalencia fue de 8.1% en estudiantes de secundaria y de 20.8% en estudiantes de Bachillerato (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015), de los cuales el 4.9% requiere apoyo o tratamiento (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015). La ENA (2008) reporta una prevalencia de consumo de 8.77% (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008). Para Sonora, el SISVEA (2009), reporta una incidencia acumulada de uso de drogas ilegales para personas entre 12 y 65 años de 5.1% ligeramente por debajo del promedio nacional (5.2%) (SISVEA, 2009). Los datos muestran también un incremento en el número de residentes en Sonora que buscan tratamiento, pasando de 227 en 1998 a 2,222 en 2007, a 4,522 en 2009. Así mismo, El Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la prevención del SIDA (CONASIDA, 2014), reportó un aumento en la tasa de incidencia de uso de drogas inyectables en Sonora de 2009 a 2014, pasando de 44.5 por cada 100,000 habitantes a 53.8 al final del periodo.

Los informes de SISVEA informan que mientras en 2007 el 5.8%, 2.8% y 1.0% de los usuarios reportan como droga de inicio la cocaína, el cristal y la heroína respectivamente (SISVEA,

2007), a 2012 las proporciones pasaron a 3.5%, 3.7% y 1.9% respectivamente (SISVEA, 2012) y en 2014, fueron 3.6%, 2.6% y 6.0% respectivamente (SISVEA, 2014). Estas cifras parecieran indicar una tendencia a la disminución en el uso de cocaína, al tiempo que un aumento en el uso de cristal y heroína. La ENCODE (2014) reporta que el 1.3% de los estudiantes de secundaria y el 3.7% de los de Bachillerato habían usado alguna vez cocaína y el 0.9% y 2.6% respectivamente habían usado alguna vez metanfetaminas (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015).

Con respecto a las drogas de impacto, los informes del SISVEA 2007 – 2014 muestran que mientras al inicio del periodo el 15.0% de los usuarios que buscaron ayuda en los centros de tratamiento no gubernamental, reportaron como principal droga de impacto la heroína, a 2009 el porcentaje sube a 24.6% (SISVEA, 2009). A partir de 2012, el cristal es reportado como la principal droga de impacto por el 41.2% de los usuarios que acuden a estos centros de tratamiento en este año y por el 52.8% en el 2014, la heroína pasa a ocupar un segundo lugar, siendo reportada por 19.6% de este tipo de usuarios en 2012 y por el 18.7% en 2014 (SISVEA, 2012).

Es sólo hasta el 2010, que aparece la heroína como principal droga de impacto en el reporte del SISVEA con una prevalencia de 25.9%, pero ya no aparece más en los reportes subsiguientes del Sistema. El cristal es la droga de impacto más importante que aparece consistentemente reportada por el sistema desde 2004 con prevalencias de 40.0% en 2004, 38.9% en 2005, 35.1% en 2007, 31.9% en 2008, 25% en 2009, 34.9% en 2011 y 41.2% en 2012. Es posible que estas tendencias se asocien a las dinámicas de tráfico y oferta de drogas en el Estado.

3.2.2.2 Epidemiología del Uso de drogas en Chihuahua: 1991- 2015

Para Chihuahua por su parte, la encuesta nacional de estudiantes de enseñanza media y media superior (ENCODE, 1991), describe que el 7.1% de los encuestados en el estado reportó haber usado alguna droga ilegal alguna vez en su vida (Medina-Mora, y otros, 1993), El SISVEA (2009) informó una incidencia acumulada de uso de drogas ilegales al 2008 de 7.5% (recordemos que el promedio nacional fue 5.2%). Por su parte, la ENA (2008) reportó que el 2.3% de los encuestados del estado declararon dependencia, siendo la prevalencia más alta a nivel nacional (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008). El Comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA, (2014), reportó una tasa de incidencia de uso de drogas inyectables en Chihuahua para 2014 de 2.6 por cada 100,000 habitantes.

Datos de la ENCODE (2014), muestran que Chihuahua es uno de los estados de la República con mayor prevalencia de uso de drogas alguna vez en la vida (19.8%) en estudiantes de secundaria y bachillerato y de 9.2% en la prevalencia de consumo en el último año en estudiantes de secundaria y 21.7% en los de bachillerato, 7.8% de los cuales requieren apoyo o tratamiento debido a su consumo (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015).

El SISVEA (2009) reporta también un aumento en el número de personas que buscaron tratamiento para las adicciones en Chihuahua, pasando de 319 en 1994 a 8,272 en 2007, pero en 2009 baja a 7,511 posiblemente debido a la serie de homicidios ocurridos dentro de los centros durante ese año.

En 2007, la principal droga de impacto reportada por los usuarios que buscaron apoyo en centros de rehabilitación – Gubernamentales y No Gubernamentales - fue la cocaína (67.1%), pero presenta una tendencia decreciente, pasando a ser el 42.0% en 2008 y el 20.6% en 2009 (SISVEA, 2009). Se observa que la heroína en cambio, muestra tendencia creciente, siendo como droga de impacto reportada por el 51.0% en 2007, 65.3% en 2008 y 73.6% en 2009⁷⁰ (SISVEA, 2009). En contraste, resulta muy interesante la baja prevalencia de uso de cristal como droga de impacto que no llega ni al 2%. Lo que nos habla de un mercado de drogas distinto al encontrado en Sonora (SISVEA, 2009).

Según la ENCODE (2014), la prevalencia de uso de cocaína alguna vez en la vida entre estudiantes de secundaria es de 2.8% y de 6.7% en estudiantes de secundaria, las prevalencias de uso en el último año son de 1.6% y 4.8% respectivamente. Por su parte, la prevalencia de uso de metanfetaminas alguna vez en la vida es de 1.8% en los estudiantes de secundaria y 3.7% en bachillerato. Con respecto a la heroína, la encuesta reporta una prevalencia de uso alguna vez en la vida de 1% entre los estudiantes de secundaria y 0.5% en los de bachillerato (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015).

Según el SISVEA, en el 2009 el 20% de los pacientes del Estado que solicitaron atención en servicios de urgencias en hospitales y que reportaron haber usado heroína al menos una vez en los 30 días previos, estaban en el hospital por patologías relacionadas al VIH/SIDA (SISVEA, 2009).

⁷⁰ Cálculos propios a partir de los datos reportados por Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección General de Epidemiología, 2007 y Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, 2009.

Con respecto a los usuarios que acuden a los centros de tratamiento no gubernamentales, los reportes del SISVEA para Chihuahua de 2007 a 2014 mostraron que la marihuana como droga de inicio ha disminuido pasando de 25.5% al inicio del periodo a 12.9% en 2012 y a 13.4% en 2014. De otro lado, la heroína como droga de impacto ha pasado de 31.0% a 73.6% en 2012⁷¹, mientras la cocaína pasó del 36.0% al 20.6% en el periodo.

Específicamente para Ciudad Juárez, los datos del reporte del SISVEA (2000), muestran que la prevalencia de la cocaína como droga de inicio entre los usuarios que acuden a centros de tratamiento no gubernamental en Ciudad Juárez, pasó de 5.0% en 1994 a 6.6% 2000, la de heroína pasó de 3.6% a 8.1%. Como drogas de impacto pasaron de 14.2% a 19.9% y de 4.6% a 68.5% respectivamente en el periodo (SISVEA, 2000).

Bucardo y colaboradores (2005) citan una serie de estudios desarrollados entre 1989 y 2002 entre mujeres trabajadoras sexuales para plantear la tendencia al uso creciente de drogas inyectadas entre esta población en Ciudad Juárez. Así, en el primer estudio desarrollado entre 1989 y 1991, la prevalencia de uso de drogas inyectadas fue de 3%, en el segundo estudio desarrollado en 1997, encontraron que un tercio de las participantes se habían inyectado drogas alguna vez; y en el último estudio, desarrollado en 2002, encontraron que el 59% de las encuestadas se inyectaba alguna droga, principalmente cocaína, heroína y la combinación de ambas. Brouwer y colaboradores (2006) reportan que, en una encuesta aplicada en 2000 a varones en prisión en Ciudad Juárez, encontraron una prevalencia de uso de inyectables de 24%.

Así mismo, los datos de la encuesta sobre uso de drogas aplicada en 2005 en Querétaro, Monterrey, Ciudad Juárez y Tijuana evidencia que Ciudad Juárez es la ciudad con mayor incremento en las prevalencias de uso de drogas entre 1998 y 2005⁷² y con mayor incremento en el número de poliusuarios de droga (pasando de 3.2% a 7.43% en el periodo) (Rojas Giot, Fleiz Bautista, Villatoro Velasquez, Gutiérrez López, & Medina-Mora, 2009). La ENCODE (2014) encuentra una prevalencia de uso de drogas alguna vez en la vida de 19.7% entre estudiantes de secundaria y bachillerato, mientras que el 3.3% reportó haber usado cocaína alguna vez (2.7% entre los de secundaria y 4.0% entre los de bachillerato) y 2.7% reportó haber usado alguna vez

⁷¹ No presento los datos más recientes, pues los registros del SISVEA reportan que para 2013 y 2014 la heroína como droga de impacto cae a representar el 6% de los casos de los centros de tratamiento no gubernamentales, situación que sólo se puede explicar por problemas de calidad en el reporte de datos.

⁷² Mientras en 1998 1.2% reportó haber usado alguna droga en el último mes, en 2005, el porcentaje fue de 2.4%. Así mismo en 1998, 1.6% reportó haber usado alguna droga en el último año y en 2005 el porcentaje aumentó a 3.9%

metanfetaminas. El 7.9% de los usuarios tienen necesidades de apoyo o tratamiento. (Villatoro-Velázquez, y otros, 2015)

3.2.2.3 Epidemiología del Uso de drogas en Baja California: 1991- 2015

Magis-Rodríguez y colaboradores (2005), describen que, desde la primera encuesta nacional de adicciones en 1998, Tijuana aparece como la ciudad con la más alta prevalencia de uso de drogas alguna vez en la vida en la República (14.7% vs. 5.3% el promedio nacional) y se cree que es una de las ciudades con más rápido crecimiento de población que se inyecta drogas. En esta primera encuesta, el 0.5% de la población de Tijuana reportó haber usado heroína en los doce meses previos. Los autores reportan también que al 2002 se estimaba que había 21,000 usuarios activos de drogas y en 2003 se estimaba la existencia de 6,000 usuarios activos de drogas inyectadas que frecuentaban picaderos (Magis-Rodriguez, y otros, 2005).

Bucardo y colaboradores (2005) expresan que en 1990, el 0.5% de la población general de Tijuana había usado heroína alguna vez en los últimos 12 meses y que el 5% de los nuevos usuarios reportaron haberse inyectado heroína como su primera droga ilícita. Por su parte, Brouwer y colaboradores (2006) reportan que, en una encuesta aplicada a varones en prisión en 2000, encontraron una prevalencia de uso de drogas inyectables de 37%.

Linares-Pérez (2003) reporta que entre 1991 y 1992 datos procedentes del SISVEA de los Centros de Integración Juvenil señalan a la heroína como droga de impacto en el 23% del total de casos que se presentaban en Baja California. En 1994, el Sistema reportó que Tijuana aporta el 25% de los casos de usuarios de heroína de la República.

De acuerdo al reporte del SISVEA (2000), la prevalencia de cocaína como droga de inicio entre los usuarios que acuden a centros de tratamiento no gubernamental en Tijuana, se mantuvo relativamente estable entre 1994 y 2000, con prevalencias de 2.2% y 2.0% respectivamente, mientras que la de heroína pasó de 2.8% a 5.1%. Los datos de los cambios en estas drogas como drogas de impacto son mucho más dicientes de las tendencias de este mercado, de modo que la prevalencia de cocaína como droga impacto pasó de 24% en 1994 a 2.8% en el 2000, mientras que la de heroína pasó de 24.9% a 43.3% en el periodo (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2000)

Rojas-Giot y colaboradores (2009) reportan que en 2005 el 19% de la población de Tijuana reportó haber usado drogas alguna vez en la vida, el 4% reportó haberlas usado alguna vez en los

últimos 12 meses y 2.8% alguna vez en los últimos 30 días. El 6.7% de aquellos que habían usado drogas alguna vez en la vida, reportó haber usado cocaína y 0.5% reportó haber usado alguna vez heroína. Cabe decir, que esta misma encuesta fue aplicada en Monterrey y Ciudad Juárez y en estas ciudades no se reportó uso de heroína.

Los datos del SISVEA muestran que de 2007 a 2011 el reporte de heroína como droga de impacto por parte de los usuarios que acuden a centros de tratamiento no gubernamental pasó de 33.0% a 37.6% y entre aquellos que acudieron a centros de tratamiento gubernamentales pasó de 7.5% en 2007 a 31.8% en 2012. A pesar de la importancia descrita del uso de heroína en Tijuana, sólo hasta el 2011 la heroína aparece como principal droga de impacto para Baja California, con una prevalencia de 36.5%, en 2014 su peso como droga de impacto fue de 17.8%. El cristal es la droga de impacto más importante que aparece consistentemente reportada por el sistema desde 2004 con prevalencias de 44.3% en 2004, 46.5% en 2005, 44.6% en 2006, 42.0% en 2007, 39.3% en 2008, 37.3% en 2009, 38.3% en 2009, 49.6% en 2012 y 34.1% en 2014.

Este panorama epidemiológico de uso de drogas muestra una tendencia creciente y pareciera esbozar perfiles distintos en las tres ciudades de interés, que veremos reflejados en las tendencias actuales de uso de drogas de los encuestados en este estudio y en sus calendarios y trayectorias de uso. Vemos de manera contundente que mientras la cocaína y la heroína como drogas de inicio y de impacto son fenómenos presentes en Ciudad Juárez y Tijuana desde 1990, aparecen sólo a partir del 2000 en Hermosillo. El cristal aparece en las tres ciudades como un fenómeno reciente, a partir del 2000, siendo Ciudad Juárez la ciudad con menor presencia de esta droga en comparación con Tijuana y Hermosillo. Los carteles que controlan cada una de las ciudades y su historia en la consolidación de dicho control explican los cambios observados en estas tendencias de demanda de drogas, ello lo plantearé en detalle al cierre de este apartado. Por ahora, paso a describir la situación de VIH/SIDA en México.

3.3 Comprendiendo la epidemia del VIH en México

3.3.1 Cronología de la respuesta institucional al VIH en México 1983 – 2015

En México, el primer caso de SIDA se detectó en 1983 en el Distrito Federal y las primeras defunciones se registraron en 1988 (Magis; Loo; Del Río, 1996). En 1986 se registró el primer

caso en una persona que se inyectaba drogas (PID) (Magis y Hernández, 2008). Sin embargo, como sólo hasta 1988 se adopta la definición de casos de SIDA propuesta por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, para clasificar los decesos por SIDA dentro de la IX Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), (Izazola Licea, Ávila Figueroa, & Gortmaker, 1995), la epidemiología de casos de 1986 hasta 1988 se construyó retrospectivamente.

Como bien lo describen García Murcia y colaboradores (2010), desde la aparición de los primeros casos, el SIDA se convirtió en el símbolo de lo que socialmente debía reprobarse. Las poblaciones más vulnerables al virus, se convirtieron no sólo en el objeto de una patología específica, sino que fueron culpadas por la aparición y diseminación de la epidemia, lo que añadía a su comportamiento “anormal” o “amoral”, el adjetivo de peligrosas, estigmas que fueron posicionados en parte por los medios de comunicación⁷³. Según los autores, este proceso de estigmatización contribuyó al “crecimiento exponencial de la epidemia como efecto de la política de ocultamiento de información ejercida al inicio de la misma” (García Murcia, Andrade Briseño, Maldonado Arroyo, & Morales Escobar, 2010:50).

Las acciones del Estado en la primera década de aparición de la epidemia (1981-1984), se centraron en el registro de los casos y su distribución geográfica (Valdespino-Gómez, y otros, 1995; Noriega Minichiello, Magis, Uribe, Anaya, & Bertozzi, 2002). Ello se refleja en la rápida conformación del Registro Nacional de Casos de SIDA en 1983, año en que aparece el primer caso, y la rápida publicación en 1987 de boletines informativos con la epidemiología anual de casos.

El descubrimiento en 1983 del agente etiológico del SIDA por parte de los investigadores del Instituto Pasteur en Francia, permitió la producción de los primeros reactivos para la detección de anticuerpos en 1984 y con ello, el levantamiento de encuestas serológicas en México a partir de 1985 y hasta 1988 entre poblaciones de homosexuales, trabajadoras sexuales, prisioneros, hemofílicos y embarazadas en ocho ciudades del país (Gutiérrez y colaboradores, 2004; Noriega Minichiello y colaboradores, 2002; Valdespino y colaboradores, 1995).

En 1986, el gobierno federal creó el Comité Nacional para la Prevención de SIDA (CONASIDA) y en 1988, por decreto presidencial, CONASIDA pasa a ser Consejo Nacional,

⁷³ Véase por ejemplo el encabezado de *La Prensa*, del 25 de agosto de 1985, p. 10. Donde el periodista Dutaut, Viviane escribe: “Sicosis por el sida. Un policía llegó a enviar por guantes para así aferrar a una heroinómana contagiada por el mal” EN: (García Murcia, Andrade Briseño, Maldonado Arroyo, & Morales Escobar, 2010:39).

consolidándose como la entidad encargada de la formulación y difusión de las políticas y estrategias nacionales en materia de atención y control de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Al estar integrado por representantes de diferentes secretarías, el CONASIDA tuvo desde sus inicios un carácter integrador, con miras a homogeneizar la respuesta a la epidemia, cuyas primeras acciones se dirigieron a promover el uso de condón entre trabajadoras sexuales a través de procesos educativos y a diseñar campañas informativas para hombres homosexuales (Gutiérrez, y otros, 2004).

En 1987 y 1988 se realizaron encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) en relación con la sexualidad y el SIDA en seis ciudades del país y en cinco grupos poblacionales (población general, estudiantes, personal de salud, trabajadoras sexuales y hombres con prácticas homosexuales). “Con base en sus resultados, se lanzó en 1987 la primera campaña educativa sobre SIDA en México a través de los medios masivos de comunicación” (Valdespino-Gómez, y otros, 1995:560).

De acuerdo a Noriega Minichiello y colaboradores (2002), aunque las primeras encuestas fueron principalmente informativas, debido a que los pequeños tamaños de muestra no permitían generalizar los resultados a toda la República, los datos enriquecieron la elaboración del Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA 1990-1994 y el diseño e implementación de medidas de intervención por parte de CONASIDA. Así mismo, los cuestionarios alimentaron el diseño posterior de las encuestas centinela.

En términos epidemiológicos, Según Saavedra y Bravo-García (2006) después de un crecimiento lento en los primeros años, el virus registró un crecimiento exponencial en la segunda mitad de los años ochenta. Al inicio de la década de los noventa este crecimiento se amortiguó, debido principalmente al mayor control que se ejerció sobre los donadores de sangre⁷⁴.

En términos de la atención, Gutiérrez y colaboradores (2004) relatan que los primeros enfermos de SIDA en México se diagnosticaron y atendieron en hospitales de la Secretaría de

⁷⁴ Magis Rodríguez y Parrini Roses (2006) explican que en 1986 se establece el programa de realización obligatoria de pruebas de detección del VIH en la sangre y hemoderivados en todo el país; en 1987 se aprueba la ley de prohibición de la comercialización de la sangre y hemoderivados y en 1993 se promulga la Norma Oficial Mexicana de Sangre (NOM-003-SSA2-1993). Según Valdespino y cols (2008) de los 22,312 casos de VIH reportados entre 1983 y 1995, el 5.7% se asociaban a riesgo por transfusión sanguínea y encontraron una tasa de seroconversión de 22% en donadores pagados. El pico máximo de transmisión por transfusión sanguínea se alcanzó en 1991 (3.2% del total de casos con vía de transmisión conocida). Magis Rodríguez y Parrini Roses (2006), plantean que la infección por VIH debido a transfusiones de sangre se elimina como causa de transmisión en México a partir del 2000.

Salud. Desde 1983 hasta 1996, la atención se concentró en hospitales de tercer nivel. El ISSSTE inició la organización de clínicas de SIDA en 1984 en hospitales regionales y generales. El IMSS instaló módulos de detección de VIH a partir de 1986. Sin embargo, hasta 1990, el tratamiento se limitaba a la atención de infecciones oportunistas y neoplasias, pues no se contaba con medicamentos para tratar al virus.

Durante la década del noventa, la respuesta institucional se consolidó. En primer lugar, se adoptó la Encuesta Centinela de Infección por VIH - con base en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud - y se realizaron en 18 ciudades del país para determinar seroprevalencias, factores de riesgo e incidencia en grupos poblacionales y pacientes con tuberculosis, inaugurando con ello una nueva etapa en la vigilancia epidemiológica (Gutiérrez y cols, 2004; Valdespino-Gómez, y cols., 1995).

Así mismo, la Dirección General de Epidemiología (DGE) publicó el primer manual sobre vigilancia de VIH/SIDA, donde se priorizaba la detección y seguimiento de casos de VIH y SIDA, el seguimiento de parejas y su notificación y se explicitaba el procedimiento para la implementación de encuestas centinela de vigilancia de VIH entre mujeres embarazadas y miembros de poblaciones en riesgo. Junto con ello, la DGE realizó una revisión de los certificados de defunción para identificar muertes relacionadas con VIH y mejorar el registro de casos. (Noriega Minichiello, Magis, Uribe, Anaya, & Bertozzi, 2002)

A partir de 1991 estuvo disponible en México el primer tratamiento antirretroviral con AZT. En 1992 se publicó la guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. Mismas que fueron integradas por el IMSS desde 1994, con la finalidad de orientar el proceso diagnóstico-terapéutico, para que todo el personal de salud de todas las especialidades y subespecialidades supieran cómo proceder, procurando una atención integral (García Murcia, Andrade Briseño, Maldonado Arroyo, & Morales Escobar, 2010)

“En 1995 se publicó la norma federal para la prevención y el control del VIH (NOM-010-SSA2-1993), escrita de manera conjunta por dependencias del gobierno y organizaciones no gubernamentales” (García Murcia, Andrade Briseño, Maldonado Arroyo, & Morales Escobar, 2010:93).

En 1996 se crea la política nacional de tratamiento antirretroviral (ARV) gratuito para prevenir la transmisión perinatal y en 1998, ello se complementó con el aseguramiento del tratamiento post-parto y la suspensión de la lactancia materna, lo que favoreció la reducción de la

transmisión vertical. En 2015 sólo se presentaron 25 casos, lo que representa el 0.7% del total (CENSIDA, 2016).

Después de 1994, las organizaciones de la sociedad civil enfocaron su lucha por el acceso a medicamentos antirretrovirales, pues hasta ese momento, sólo los derechohabientes del IMSS tenían acceso a ellos, lo que marcaba una profunda desigualdad entre las personas con VIH/SIDA que no tenían acceso a seguridad social (Gutiérrez, y cols., 2004). En respuesta a ello, “en 1997 se creó un fideicomiso (FONSIDA) representado por miembros de la comunidad, científicos y personas que viven con VIH/SIDA, con la finalidad de recaudar fondos y distribuir antirretrovirales a los hospitales de la Secretaría de Salud, para los pacientes sin recursos económicos y sin seguridad social o privada” (García, Andrade, Maldonado, & Morales 2010: 93). En el 2000 se normativizó el acceso universal a tratamiento y se incorporó el gasto del tratamiento antirretroviral como parte de los gastos de la Secretaría de Salud (Magis Rodríguez y Parrini Roses, 2006).

Vargas y colaboradores (2007) plantean que se pueden identificar tres momentos para caracterizar las tendencias en la sobrevida de las personas que viven con VIH en México: 1] desde el inicio de la epidemia en 1983 hasta la llegada del antirretroviral AZT en diciembre de 1992, donde el pronóstico de vida era muy bajo; 2] cuando entra el AZT a México (entre enero de 1993 y octubre de 1996) que se empieza a ganar sobrevida y, 3] la etapa de tratamientos antirretrovirales combinados con inhibidores de proteasa (a partir de noviembre de 1996) que constituyen el mejor esquema de tratamiento. Juárez y Gayet (2010) comentan que, sin tratamientos, el tiempo mediano entre la aparición de los primeros eventos que definen el sida y la muerte está entre seis y 19 meses.

Magis, Bravo-García, y Uribe Zuñiga (2002) reportan que con la introducción de los tratamientos ARV en 1996 y su universalidad en 2000, las cifras de mortalidad empezaron a disminuir en el país, de modo que la tasa de mortalidad en población de 25 a 34 años, que creció entre 1988 y 1996 de 5.7 a 20.5 por 100 mil habitantes, empezó a disminuir en 1997, de 16.0 en el 2001 a 4.2 por cada 100 mil habitantes en 2013 según los últimos datos disponibles (CENSIDA, 2016). Sin embargo, diversos estudios han encontrado que en los pacientes donde se presume que la vía de transmisión fue por inyección de drogas, tuvieron menores esperanzas de vida que en los pertenecientes a los otros grupos de transmisión (Juárez & Gayet, 2010).

El acceso al tratamiento ARV permitió también la casi eliminación de la transmisión por riesgo ocupacional, que pasó de 0.03% en 1996 (Ponce de León & Lazcano Araujo, 2009) a 0.01%

en 2010 (Magis, 2013 – comunicación personal) gracias en parte a la publicación en 1998 de la Guía de Prevención y Tratamiento para la Exposición Ocupacional al VIH.

El nuevo milenio marca una tercera etapa en el desarrollo de la vigilancia epidemiológica con la llegada de métodos de segunda generación, financiados por ONUSIDA y la OMS, en los cuales “se capturan los comportamientos de riesgo de la población y se consideran los posibles cambios que pueden estar en curso cuando se asumen prácticas preventivas, brindando información sobre el impacto de los comportamientos en la epidemia en poblaciones específicas” (Noriega Minichiello, Magis, Uribe, Anaya, & Bertozzi, 2002:18). A diferencia de las encuestas serológicas, estas no sólo se centran en recolectar información de eventos pasados, sino también de comportamientos de riesgo presentes que facilitan la transmisión del VIH.

En el 2001 se creó el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), que además de constituir el Secretariado Técnico del CONASIDA, asume las funciones normativas y de monitoreo de la epidemia (Gutiérrez, y cols., 2004), por lo que se transfiere la realización de encuestas centinela⁷⁵.

Mientras las acciones de prevención de VIH hacia población general y hacia hombres que tienen sexo con hombres, mujeres embarazadas, hemofílicos y trabajadoras sexuales se empezaron a implementar casi desde el inicio de la epidemia, la prevención del VIH con personas que se inyectan drogas (PID) inicia a partir del 2000.

En el 2002, el CENSIDA publica el manual de reducción de daños para la prevención del VIH con PID⁷⁶, que sólo hasta el 2008 es aprobado por el CONADIC. En 2003, la Secretaría de Salud publicó un documento de posición que señala la necesidad de abordar la problemática del uso de drogas inyectables y el riesgo de contraer VIH (Ortiz Mondragón, Ortiz Ruiz, & Magis Rodríguez, 2009), apoyando las acciones de reducción del daño que implementaba la sociedad civil desde 1986 en Ciudad Juárez, desde 2004 en Tijuana y desde 2007 en otros estados de la República (Strathdee y cols, 2012). Desde 2006 CENSIDA monitorea las actividades de reducción de daños que realizan actividades de la Sociedad Civil y los Programas Estatales de VIH, encontrando una cobertura de servicios de entre 7% y 12% entre la población PID (Ortiz Mondragón, Ortiz Ruiz, & Magis Rodríguez, 2009).

⁷⁵ Hasta 1995 estuvieron bajo jurisdicción de la DGE y del 1995 al 2001 bajo la tutela del CONASIDA

⁷⁶ El manual impulsa además entre otras acciones el tratamiento con metadona, la desinfección de jeringas usadas, la inyección segura y la implementación del modelo de reducción de daños a nivel comunitario

A partir de 2008, las convocatorias anuales de CENSIDA incluyen proyectos de intervención e investigación con PID. De 2010 a 2012, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), con dinero de la Ronda 9 del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, implementó el proyecto “Fortalecimiento de las estrategias de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSHTS y UDIs de ambos sexos en 44 ciudades de México”. En el marco de este proyecto se levantaron encuestas de comportamiento y se implementaron estrategias de prevención de VIH con población PID en Tijuana, Mexicali, Ciudad Juárez y Hermosillo.

Específicamente, el proyecto Ronda 9 del Fondo Mundial se propuso como meta lograr que las entidades federativas con mayor prevalencia de uso de drogas inyectadas, tengan estrategias de reducción del daño y disminuir prevalencia de VIH en PID a menos del 6%. Inicialmente, el proyecto estaba pensado para implementarse en 4 años, pero en 2013 se suspendió su implementación por ser México un país de ingreso medio. El informe final de la intervención menciona que se entregaron 3,083 paquetes de jeringas, condones, lubricantes y folletos educativos a PID y se realizaron 1,337 pruebas voluntarias y con consejería a esta población en las tres ciudades del proyecto (Fernández, Ortiz Rodríguez, & Gómez Olivas, 2012).

De acuerdo al informe nacional de avances en la respuesta al VIH (2015), mientras en 2013 (último año de operaciones del proyecto financiado por el Fondo Mundial, se distribuyeron en promedio 19.7 jeringas por cada PID, en 2014, la cifra cae a 3.9, significando un decremento del 80% (Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA), 2015). Cabe mencionar que la recomendación de la Organización Mundial de la Salud es distribuir 200 jeringas por cada PID anualmente (OMS, 2012). El informe reporta también que a 2014 existían 38 centros del programa de distribución de agujas y jeringas y 18 centros de tratamiento de sustitución de opiáceos en toda la República

3.3.2 La epidemia del VIH en México

La rápida respuesta institucional quizás explica la tendencia estable de la epidemia, cuya prevalencia en la población general se ha mantenido por décadas alrededor del 0.3% y se ha concentrado de manera estable también en poblaciones específicas. A finales de 1988 se estimó que la prevalencia de VIH era: 15% en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y 6% en

PID (Magis y Hernández, 2008) y en 2012, las prevalencias encontradas son 17% en HSH, 18% en Hombres Trabajadores Sexuales (HTS) y 6% en PID (Bautista-Arredondo y cols., 2012).

La razón hombre/mujer ha cambiado de manera sustantiva: de 30:1 en 1986 (Zuñiga et al, 2008), a 3.9 en 2014 (Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA), 2015).

A noviembre de 2015, se habían reportado en el país 178,591 casos notificados de SIDA desde 1983, de los cuales 52.9% (n=124,718) se encontraban vivos y de ellos, 54.7% (n=68,178) se encontraban en fase de SIDA. Durante el 2014 se diagnosticaron 9,944 casos nuevos, de los cuales el 48.8% se encontraban en fase de SIDA (Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 2016), lo que nos habla de una proporción importante de detecciones tardías a pesar de los esfuerzos institucionales por aumentar la detección oportuna. El 82.4% de los casos de SIDA diagnosticados en 2015 correspondió a varones. La tasa de mortalidad por SIDA a diciembre de 2013 fue de 4.2 por cada 100,000 habitantes. El grupo de edad más afectado es entre los 25 y los 39 años, que corresponde el 53.6% de los casos (CENSIDA, 2015).

Aunque la categoría de transmisión más importante continúa siendo la vía sexual con el 94.4% del total de casos notificados, del 2005 y hasta el 2012 se observa un incremento en la proporción del peso de la transmisión por droga intravenosa, pasando de representar menos del 1% de los casos para el periodo 1983-2004, a representar el 1.9% de los casos en 2005, 2.9% en 2007 y con fluctuaciones alrededor del 2.1% de 2008 hasta 2012, momento a partir del cual se observa un descenso hasta representar el 1.8% de los casos en 2015 (Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 2016). Conviene describir cómo ha sido la evolución de la epidemia entre la población PID a partir de los datos disponibles.

3.3.3 VIH/SIDA y uso de drogas inyectadas: Una epidemia rápida y silenciosa

La principal limitación para realizar epidemiología del VIH en población PID es la dificultad para captar a esta población al ser el uso de drogas una práctica socialmente estigmatizada y criminalizada. Por ello, la mayoría de encuestas se levantan con base en las metodologías de muestreo de tiempo-lugar (TLS) (que implica identificar lugares de encuentro y luego levantar las encuestas allí) o por muestreo guiado por el encuestador (RDS por sus siglas en

inglés), en la que se accede a los sujetos a través de una estrategia controlada y probabilística de bola de nieve. Ambas metodologías no están libres de sesgos. En el caso del TLS, sólo se tiene acceso a lugares más visibles y a usuarios por lo regular más marginalizados. En el caso del RDS, si bien la metodología da cuenta del grado de homofilia de la muestra, los estudios aquí consultados no reportan esta medida en sus resultados.

Según Magis Rodríguez y Hernández (2008), sólo a partir del 2000 empiezan a aparecer estudios sistemáticos que plantean la relación entre VIH y uso de drogas inyectadas en México. De acuerdo a los autores, los estudios centinela para el periodo 1991-1996 evidencian una prevalencia de VIH entre PID de 3.6%. De Luca y colaboradores (2010) por su parte, reportan que la vigilancia centinela de la prevalencia de VIH en las ciudades de Tijuana y Mexicali, halló una prevalencia de VIH de 9%; reportan además que el 20% de los hombres que se inyectan drogas reportaron haber tenido prácticas homosexuales y otro 20% reportó haber tenido prácticas bisexuales en los meses previos. Los mismos autores reportan que en 1997 se aplicó una encuesta a 210 PID en centros de tratamiento por consumo de drogas y en sitios de reclusión en Tijuana, encontrado una prevalencia al VIH de 1.5%.

Magis y Hernández (2008), reportan que estudios realizados desde el 2002 encuentran de manera más recurrente que en la década anterior la superposición entre las poblaciones de personas que se inyectan drogas y de trabajo sexual (TS), lo que implica una multiplicación de los riesgos a la infección. Así por ejemplo Uribe (2012), comenta que el primer estudio realizado en 1988 con 354 Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) en Tijuana no encuentra ningún caso de infección por VIH, lo que se explicaba por la baja práctica del uso inyectado de drogas en esta población. Otro estudio realizado en el mismo año también con MTS encuentra una prevalencia de 0.3% y ninguna de las mujeres infectadas reporta usar drogas inyectadas. Sin embargo, cinco años después, en 1991 un estudio realizado con PID en lugares de encuentro de Tijuana, encontró una prevalencia de VIH del 1.92% (De Luca, y colaboradores, 2010).

Bucardo y colaboradores (2005) reportan que una encuesta aplicada en cárceles en Tijuana y Ciudad Juárez en 2000 mostró una prevalencia de VIH de 2.5% entre los usuarios de heroína de Tijuana y de 1.3% entre aquellos de Ciudad Juárez y una prevalencia de 100% de Hepatitis C en ambas ciudades. Así mismo, informan que casi todos las PID participantes de entrevistas cualitativas realizadas en Tijuana reportaron ir regularmente a picaderos debido al acoso policial y las dificultades para obtener jeringas.

En el 2002 se estimó que entre el 10 y el 50% de las MTS en Ciudad Juárez podrían también estar usando drogas inyectadas. En 2004 y 2005 un estudio con 412 MTS de Tijuana y 408 MTS de Ciudad Juárez, encontraron que 21% y 12% respectivamente también usaban drogas inyectadas y que presentaron una prevalencia de VIH de 16%, contra 4% encontrado en las MTS no-inyectoras (Strathdee, Magis-Rodriguez, Mays, Jimenez, & Patterson, 2012).

Algunas estimaciones para 2007, plantean la existencia de entre 54,000 y 91,000 PID en la República (Ortiz Mondragón, Ortiz Ruiz, & Magis Rodriguez, 2009). Brouwer y colaboradores (2006) estiman que en 2002 había en Tijuana entre 6,400 y 10,000 PID con una prevalencia de VIH que fluctuaba entre 2.3 y 6.5%. Magis y Hernández (2008) reportan una prevalencia de VIH de 4.01% en un estudio del 2003 en Tijuana y publicado en 2005 con 402 PID que se habían inyectado al menos una vez durante el último mes. En este último estudio el 34% de los encuestados había compartido la aguja la última vez que se inyectaron, 48.8% reportó ser HSH, en su gran mayoría (42.8%) bisexuales, y solamente 24.5% reconoció haber utilizado condón en la última relación sexual.

Los mismos autores comentan que en 2005 se levantó otra encuesta con PID usando RDS en Tijuana y Ciudad Juárez, encontrando una prevalencia de VIH de 1.9% en Tijuana de 4.1% en Juárez (Brouwer, y otros, 2006). Uribe (2012), comenta que el 50% y 13% de los hombres que se inyectan drogas que resultaron reactivos a la prueba de VIH en Tijuana y Ciudad Juárez respectivamente, habían reportado haber tenido sexo con hombres en los últimos seis meses.

Strathdee & Magis-Rodriguez (2008) reportan una prevalencia de VIH de 6% en 924 MTS de Tijuana y Juárez reclutadas a través de RDS entre 2004 y 2006; encuentran como factores asociados a ser VIH positivo inyectarse cocaína e inhalar o fumar metanfetaminas.

Entre 2006 y 2007 en el marco de un estudio prospectivo sólo con PID de Tijuana encuentran que la prevalencia de VIH se mantiene relativamente baja entre hombres con el 4%, pero aumenta al 10% entre mujeres, entre quienes se encuentra además que la mitad tiene al menos una infección de transmisión sexual activa (Strathdee, Magis-Rodriguez, Mays, Jimenez, & Patterson, 2012)

La última encuesta levantada en 2012 por el Instituto Nacional de Salud Pública usando una metodología de tiempo lugar, encuentra prevalencias de VIH en personas que se inyectan drogas (hombres y mujeres) de 7.7%, en Ciudad Juárez, 5.2% en Hermosillo y 4.2% en Tijuana (Bautista-Arredondo, Colchero, Sosa-Rubí, Romero, & Conde, 2012)

Con respecto al pronóstico del virus en la población de PID, los datos de la Secretaría de Salud a noviembre de 2015 muestran que, al principio de la epidemia, en 1986 el 0.8% de los casos notificados y clasificados como transmisión sexual se mantenían como VIH positivos, la proporción para aquellos clasificados como transmisión por uso de drogas inyectadas era 0%. Sin embargo, en el 2010 el 62% de los casos por transmisión sexual se mantenían como VIH positivos, al 2013 la proporción sube al 88% y en 2014 y 2015 se mantiene arriba del 95%. En contraste, aquellos casos notificados donde la transmisión se reporta por uso de inyectables al 2010 sólo el 56% se mantiene como VIH positivo y en 2015 la proporción es de 47% (Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 2016). Lo que indica bien una progresión más rápida a SIDA o bien, detecciones más tardías en el caso de las PID en comparación con aquellos cuya vía de adquisición del virus fue sexual.

3.4 Consideraciones finales: Viejas y nuevas epidemias de uso de drogas y VIH

En esta revisión resalta que los estudios se focalizan en Tijuana y Ciudad Juárez, omitiendo otras ciudades intermedias ubicadas a lo largo de la frontera con Estados Unidos que también reportan presencia de PID como Nogales, Mexicali, Piedras Negras y Nuevo Laredo. Sólo muy recientemente se incorpora Hermosillo a los estudios de vigilancia epidemiológica debido a la importancia que ha tomado el uso de drogas inyectadas en esta ciudad y al crecimiento que ha tenido la epidemia de VIH en Sonora.

La revisión deja ver también como la epidemia por VIH entre PID pareciera ser reciente (a partir del 2000), pero con un crecimiento acelerado tanto en Tijuana como en Ciudad Juárez y Hermosillo. No es de extrañar entonces que Baja California, Chihuahua y Sonora son en su orden de importancia los tres estados con mayor prevalencia de VIH asociado al uso de drogas inyectadas en el país (3.1%, 1.2%, 1%) (Magis Rodríguez, Rivera Reyes, Bravo García, & Saavedra López, 2009). Baja California ha sido desde finales de la década de los noventa, uno de los estados que reporta mayor número de casos nuevos de VIH y SIDA y mayor mortalidad por SIDA. Chihuahua también es un estado que reporta indicadores por encima de la media nacional y en Sonora se evidencia una tendencia al aumento del VIH a partir del 2000.

Los datos de la Secretaría de Salud a noviembre de 2015 muestran tasas de incidencia de VIH para Baja California, Chihuahua y Sonora de 4.6, 3.2 y 4.4 respectivamente por cada 100,000 habitantes. Así mismo, del total de casos para cada entidad federativa, la proporción de aquellos

que continúan registrados como VIH positivos es de 3.8% para Baja California, 4.3% para Chihuahua y 1.7% para Sonora (Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 2016).

Estimaciones del CENSIDA en 2006 plantean que Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo son las ciudades con mayor cantidad de casos recientes de SIDA en población de PID. Sin embargo, de acuerdo con Rangel (2009), Sonora es uno de los estados que presentan mayor crecimiento en la incidencia de VIH pasando de 80 nuevos casos reportados en 2000 a 115 en 2005⁷⁷ (Rangel Gómez, 2009).

Según el registro nacional de casos de VIH, para el estado de Sonora, a 2007 el 13% del total de casos de VIH diagnosticados desde el inicio de la epidemia en la entidad corresponden a PID (Sánchez López & Carreón Diazconti, 2007). A partir del 2001 se observa un incremento en los registros de casos de VIH/SIDA entre población PID en Sonora y en Hermosillo en particular. De modo que “mientras en 1998, sólo uno de los 43 casos acumulados correspondía a PID, para el 2006 de los 145 nuevos casos reportados, 37 correspondían a PID” (Sánchez López & Carreón Diazconti, 2007:21).

Al analizar el reporte de casos de VIH/SIDA diagnosticados y notificados según año y vía de transmisión, encuentro que mientras en Tijuana ya en 1984 el 12.5% de los casos diagnosticados correspondía a la vía de transmisión sanguínea, llegando a representar el 15.9% de los casos en 1989, durante la década del noventa, el peso de la transmisión sanguínea baja a valores entre el 9.9% en 1992 y 1.1% en 1999 y a partir del 2006 se observa un repunte, pasando a representar un 14.7% de los casos; a 2014 la transmisión sanguínea representa 5.9% del total de casos de VIH/SIDA de la ciudad (Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología de VIH/SIDA. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), 2014).

Los datos par Ciudad Juárez muestran un sub-reporte importante de la vía de transmisión, por lo que no los voy a mencionar, y los de Hermosillo muestran que mientras que antes de la década del noventa, el peso de la transmisión sanguínea era del cero por ciento, entre 1991 y el 2000 oscila entre 18.8% y 6.5%; en 2006 y 2009 representa respectivamente el 28.8% y 36.9% de los casos, en 2010 baja al 26.4% y en 2014 representa 24.8% de los casos (Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología de VIH/SIDA. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), 2014). Estos datos confirman las tendencias encontradas en Rangel (2009) sobre la

⁷⁷ <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05feb/05022204.html>

importancia que cobra recientemente la transmisión de VIH por uso de drogas inyectadas en Hermosillo y confirma también la existencia de una epidemia relativamente vieja de VIH entre los inyectores de Tijuana.

Este aumento en el peso de la transmisión por uso de drogas inyectadas en Hermosillo, posiblemente se asocie al aumento importante en las prevalencias de uso de heroína y metanfetaminas que describí en el apartado anterior. Si bien, también se observa un incremento importante en el uso de metanfetamina en Tijuana, este no es de las mismas proporciones que el encontrado en Hermosillo, aunque en 2014 es la principal droga de impacto en esta ciudad, desplazando – como ya vimos - a la heroína a un segundo lugar. En Ciudad Juárez en cambio, describí que la principal droga de impacto es la heroína, con una tendencia creciente desde la década del noventa, con baja prevalencia de uso de cristal y una tendencia decreciente de uso de cocaína.

Los datos muestran también que mientras el uso de drogas inyectadas era un fenómeno importante ya en la década del noventa en Tijuana y Ciudad Juárez, en Hermosillo sólo aparece a partir del 2005, confluyendo al mismo tiempo una epidemia de VIH y con una de uso inyectado de drogas, que torna crítico el análisis de la respuesta institucional a ambos fenómenos.

Si tomamos en consideración la historia natural de la enfermedad –que plantea que entre la adquisición del virus y sus manifestaciones pueden pasar entre ocho y diez años – y la detección tardía de casos de VIH en la población PID – de acuerdo a la baja proporción de personas que siguen siendo diagnosticadas como VIH positivos entre el total de casos diagnosticados -, las tendencias observadas del peso de la transmisión por drogas inyectadas sobre el total de casos de VIH notificados, habla de la existencia del virus entre la población PID antes de 1980 para el caso de Tijuana y alrededor de 1990 para el caso de Hermosillo.

En esta tesis, intentaré demostrar que los diferenciales en la atención institucional que se ofrece en términos de VIH y uso de drogas a PID en las tres ciudades, así como los cambios en las maneras de operar del crimen organizado en cada una de las ciudades y las prácticas policiales explican los diferenciales en las prevalencias de VIH observadas en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo.

4. Hallazgos Cuantitativos: Caracterizando sujetos, eventos, trayectorias y riesgos

En este capítulo en primer lugar caracterizo a la población de varones que se inyectan drogas encuestados, describiendo los perfiles sociodemográficos encontrados de acuerdo a la ciudad de residencia y la generación, esta última dada por la edad del entrevistado al momento de la encuesta/año de nacimiento. En un segundo momento, describo la intensidad y calendario de los tres eventos de interés en esta tesis: Primer uso de drogas, primer uso de drogas CODAR⁷⁸ y primer uso inyectado de drogas, comparando nuevamente por ciudad de residencia y generación. Finalmente, describo los comportamientos de riesgo a la infección de VIH por uso inyectado de drogas y por comportamientos sexuales y las características sociodemográficas asociadas a la mayor probabilidad de haber compartido jeringas en los 12 meses previos.

4.1 Caracterización sociodemográfica de la muestra de usuarios de drogas inyectadas según Ciudad y Generación

Los datos del cuadro 7 indican perfiles diferenciados de usuarios según la ciudad de residencia. La muestra conjunta de las tres ciudades –que estaremos refiriendo como el total de los varones entrevistados-, tiene una edad promedio de 35.7 años, con variaciones significativas ($p < 0.001$) según ciudad. Los usuarios de Tijuana y Ciudad Juárez reportan una edad media alrededor de los 39 años, y aquellos que residen en Hermosillo reportan una media diez años menor (29.2 años).

Así mismo, mientras el 46% del total de varones entrevistados reportó haberse unido alguna vez, los usuarios de Hermosillo reportan en menor proporción que los de Tijuana y Cd. Juárez haber estado en unión (32.1% vs. 51.7% y 54.4% respectivamente; $p < 0.000$).

⁷⁸ Recordemos que esta es la clasificación sugerida por la Organización Panamericana de la Salud (2008), que agrupa las drogas de inicio en CODAR (Consumidores de drogas con alto riesgo de adquirir y transmitir el VIH y otras ITS como heroína, cocaína, anfetaminas y metanfetaminas) y NO-CODAR

cuadro 7. Características sociodemográficas de varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012

Características Sociodemográficas	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118;)
	Tijuana (n=437	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Edad (promedio) ***	38.9	38.8	29.2	35.7
Estado civil (%) ***				
Solteros	48.3	45.6	67.9	53.8
Alguna vez unidos	51.7	54.4	32.1	46.2
País de nacimiento (%)				
Nacidos en Estados Unidos	1.8	1.3	1.7	1.6
Nacidos en Mexico	98.2	98.8	98.3	98.4
Ciudad de nacimiento (%) ***				
Nacidos en la ciudad de residencia actual	36.6	73.4	80.3	61.2
Nacidos en un lugar distinto al de residencia actual	63.4	26.6	19.7	38.8
Nivel educativo (%) ***				
Secundaria completa o más	36.4	44.1	86.1	54.7
Secundaria incompleta o menos	63.6	55.9	13.9	45.3
Principal fuente de ingreso (%) ***				
Empleo informal	93.6	61.6	44.3	68.5
Empleo formal	0.2	24.1	30.2	16.7
Otras	5.2	12.5	15.6	10.6
Ingreso mensual (%) ***				
Mayor o igual a 3500	23.3	27.7	60.1	36.3
Entre \$2,000 y \$3,499	37.1	32.4	22.9	31.2
Hasta \$1,999	37.8	39	9.6	29.1
Nada	1.8	0.9	7.4	3.3
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.10

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional población PID en México. Magis y cols
Funsalud- CISIDAT 2012

La mayoría de los varones entrevistados reportó haber nacido en la República Mexicana, sin que se presenten diferencias estadísticamente significativas entre ciudades, de modo que solo 1.6% reporta haber nacido fuera del país (Estados Unidos)⁷⁹. Sin embargo, la situación es diferente al analizar la condición de migrante interno, que refleja la importancia diferencial que tiene la movilidad de la población en las ciudades fronterizas, especialmente en Tijuana, en comparación con ciudades no-fronterizas como Hermosillo. Así, mientras el 36.6% de los usuarios de Tijuana reportaron haber nacido en esta ciudad, la proporción es del 73.4% en los usuarios de Cd. Juárez y de 80.3% en los de Hermosillo ($p<0.000$).

Con respecto a la escolaridad, poco menos de la mitad de los encuestados (45.3%) reportaron haber alcanzado un nivel educativo menor a secundaria completa. Sin embargo, la proporción es significativamente menor entre los varones entrevistados en Hermosillo, pues el 86.1% reportó haber estudiado al menos hasta secundaria completa, mientras que en Tijuana la proporción es del 36.4% y en Cd. Juárez del 44% ($p<0.000$).

En términos de actividad económica se encuentra que mientras en Tijuana casi ningún usuario reporta tener un empleo formal, en Hermosillo, la tercera parte de los usuarios reporta esta condición y en Cd. Juárez poco más de uno de cada cinco ($p<0.000$). El empleo informal es la principal actividad económica de los usuarios en las tres ciudades, pero este tipo de actividad es más prevalente en Tijuana con más de 90% de los casos, en contraste con Cd. Juárez con 61.6% y Hermosillo donde representa el 44.3%.

El nivel de ingresos también es significativamente distinto ($p<0.000$) entre las tres ciudades, de modo que mientras más de la mitad de los usuarios de Hermosillo reportaron tener ingresos mayores a 3,500 pesos mexicanos al mes (60.1%), en Tijuana y Juárez cerca uno de cada cuatro reporta este nivel de ingresos (23.3% y 27.7 respectivamente). Ello puede estar asociado a las diferencias de escolaridad, de ocupación y a la condición de migración ya descritas, pero también a las oportunidades de ocupación y/o sobrevivencia que ofrece cada ciudad.

⁷⁹ Ninguno de los entrevistados reportó haber nacido en otro país diferente a Estados Unidos

Cuadro 8. Características sociodemográficas de varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Características Sociodemográficas	Distribución de individuos por cohorte		Todos (N=1118)
	Menores de 33 años (n=447)	33 ó más (n=671)	
Ciudad de residencia (%) ***			
Tijuana	24.8	48.6	39.1
Cd. Juárez	20.4	34.1	28.6
Hermosillo	54.8	17.3	32.3
Estado civil (%) ***			
Solteros	63.8	47.2	53.8
Alguna vez unidos	36.2	52.8	46.2
País de nacimiento (%)			
Nacidos en Estados Unidos	2.0	98.7	98.4
Nacidos en Mexico	98.0	1.3	1.6
Ciudad de nacimiento (%) ***			
Nacidos en la ciudad de residencia actual	71.6	54.3	61.2
Nacidos en un lugar distinto al de residencia actual	28.4	45.7	38.8
Nivel educativo (%) ***			
Secundaria completa o más	70.0	44.4	54.7
Secundaria incompleta o menos	30.0	55.6	45.3
Principal fuente de ingreso (%) ***			
Empleo informal	55.9	76.9	68.5
Empleo formal	23.7	12.1	16.7
Otros	20.3	10.9	14.7
Ingreso mensual ***			
Mayor o igual a 3500	43.6	31.5	36.3
Entre \$2,000 y \$3,499	26.9	34.0	31.2
Hasta \$1,999	24.9	31.9	29.1
Nada	4.6	2.5	3.3
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.10

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Al analizar estas mismas características sociodemográficas según la cohorte de nacimiento (ver cuadro 8), se encuentra que Tijuana es la ciudad donde hay mayor proporción de nacidos en 1980 o antes (48.6%) (p<0.000). De acuerdo a lo esperado, los nacidos a partir de 1981 reportaron en mayor proporción haber nacido en la ciudad de residencia actual (71.6% vs. 54.3%; p<0.000),

ser solteros (63.8% vs. 47.2%; ($p<0.000$) y tener mayor nivel de escolaridad en comparación con la generación mayor, lo cual es coherente si se tiene en cuenta que en México, sólo hasta 1993 se establece la obligatoriedad de la educación secundaria (Mirnada López & Reynoso Angulo, 2006).

Llama la atención que los más jóvenes reportan mayores ingresos en comparación con los mayores y reportan ocuparse en mayor proporción en empleos formales (24.4% vs. 13.1%; $p<0.000$). Es posible que estas diferencias en el ingreso y la ocupación se asocien a las trayectorias de uso de drogas, de modo que los más jóvenes al tener trayectorias más cortas hayan sufrido menos deterioro de sus condiciones de vida por el uso de drogas. Veamos que nos dicen las dinámicas actuales de uso de drogas.

4.2 Prácticas y Dinámicas actuales de uso de drogas

El cuadro 9 muestra las dinámicas de uso actual de drogas, evidenciando perfiles diferenciados por ciudad. Mientras en Tijuana y Ciudad Juárez arriba del 96% de los usuarios reportan haber usado heroína al menos una vez en los doce meses previos a la encuesta, la proporción es de 77.3% para los de Hermosillo ($p<0.000$). La proporción se invierte para la cocaína y las metanfetaminas, de modo que el 53.2% de los usuarios de Hermosillo reportan haber usado éstas últimas, en contraste con el 6.9% de los de Cd. Juárez y 45.1% de Tijuana ($p<0.000$). Para la cocaína, el 43.2% de los usuarios de Hermosillo reportan haberla usado al menos una vez en el periodo, en contraste con el 34.4% en Juárez y el 12.8% en Tijuana ($p<0.000$).

En las tres ciudades, la droga que mayor proporción de usuarios reporta haberse inyectado es la heroína, sin embargo, la proporción es significativamente más baja en Hermosillo (75.9%) en comparación con Cd. Juárez y Tijuana (97.8% y 96.3% respectivamente). Aproximadamente uno de cada cinco usuarios en Cd. Juárez y Hermosillo reportan haberse inyectado cocaína al menos una vez en los doce meses previos, mientras en Tijuana la proporción es sólo del 8.2%. En contraste, casi una tercera parte de los usuarios de Tijuana y Hermosillo reportan haberse inyectado metanfetaminas, mientras en Cd. Juárez la proporción es del 1.3%. Destaca también que el uso inyectado de heroína con metanfetamina es bastante más popular entre los usuarios de Tijuana (58.6%) en comparación con los usuarios de Ciudad Juárez y Hermosillo (2.2% y 15.5% respectivamente).

cuadro 9. Dinámicas actuales de uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012

Dinámicas de uso de drogas ilegales en los últimos 12 meses	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Drogas que ha usado en los últimos 12 meses (%) ***				
Heroína	96.8	98.4	77.3	91.0
Metanfetamina	45.1	6.9	53.2	36.8
Cocaína o crack	12.8	34.4	43.2	28.2
Drogas que se ha inyectado al menos una vez en los últimos 12 meses (%)***				
Heroína	96.3	97.8	75.9	90.2
Metanfetamina y heroína juntas	58.6	2.2	15.5	28.5
Metanfetamina	27.0	1.3	29.9	20.6
Heroína y Cocaína juntas	16.2	28.1	17.5	20.0
Cocaína	8.2	23.8	26.6	18.6
Tranquilizantes	0.2	24.4	16.9	12.5
Otros opiáceos controlados	0.6	14.4	4.2	5.5
Barbitúricos	0.2	5.9	0.3	1.9
Tipo de usuario según número de drogas que usa (%) ***				
En los últimos 12 meses ha usado más de un tipo de droga (Poliusuario de drogas) (%) ***	69.1	50.6	62.9	61.8
En los últimos 12 meses ha usado sólo un tipo de droga (monousuario)	30.9	49.4	37.1	38.2
Frecuencia de inyección de drogas en los últimos 12 meses (%) **				
Más de 1 vez al día	93.8	79.2	53.3	76.5
Una vez al día	3.4	12.6	11.9	8.8
4-6 días a la semana	.9	.9	2.8	1.5
1-3 días a la semana	1.4	5.3	20.2	8.7
Menos de 1 vez a la semana	.5	1.9	11.6	4.5
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Casi el 62% del total de entrevistados reportaron usar más de una droga (ser poliusuarios), pero éstos están más concentrados en Tijuana (69.1%) y en Hermosillo (62.9%). En Ciudad Juárez se encuentra la menor proporción de poliusuarios (50.6%) (p<0.000). En las tres ciudades, los usuarios reportaron inyectarse mayoritariamente varias veces al día cada día, sin embargo,

mientras esta frecuencia representa el 94% de los casos en Tijuana, en Juárez representa el 79% y en Hermosillo el 53%. Llama la atención que en Hermosillo, el 8% de los usuarios reporta inyectarse sólo una vez a la semana y el 12% entre dos y tres días a la semana, lo que indica dinámicas menos intensas de uso de drogas.

Al revisar las dinámicas de uso actual de drogas por generación (cuadro 10), se encuentra que, si bien la heroína es la droga usada por el 91% de los usuarios independientemente de su cohorte de nacimiento, es significativamente más popular entre los usuarios nacidos antes de 1980 (95.2% vs. 84.6%; $p<0.000$), mientras que la cocaína y las metanfetaminas aparecen como drogas más populares entre los nacidos a partir de 1980 (35.1% vs 24.6% y 44.5% vs. 31.6% respectivamente $p<0.000$).

La heroína es también la droga de más común inyección en ambas generaciones (90.2%), pero es reportada significativamente en mayor proporción por los usuarios mayores en comparación con los más jóvenes (94.6% vs. 83.4%; $p<0.000$). En contraste, la cocaína y las metanfetaminas fueron las drogas que los jóvenes reportan haberse inyectado en mayor proporción que los mayores (21.9% vs. 16.4% y 24.6% vs. 17.9% respectivamente; $p<0.000$).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas por cohorte de nacimiento con respecto a la condición de mono o poliusuario (número de drogas que ha usado en los últimos 12 meses), de modo que el 62% de la población general, independientemente de su edad, usa más de una droga simultáneamente.

Al analizar la frecuencia de uso inyectado de drogas según generación, vemos que son los nacidos antes de 1980, es decir los mayores, quienes en mayor proporción reportan inyectarse más de una vez al día cada día (81% vs. 70%), lo cual puede asociarse a trayectorias más prolongadas de uso de drogas que implican mayores niveles de dependencia a las sustancias.

cuadro 10. Dinámicas actuales de uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Dinámicas de uso de drogas ilegales en los últimos 12 meses	Menores de 33 años (n=447;)	33 ó más (n=671)	Todos (N=1118)
Drogas que ha usado en los últimos 12 meses (%) ***			
Heroína ***	84.6	95.2	91.0
Metanfetamina ***	44.5	31.6	36.8
Cocaína o crack ***	35.1	24.6	28.8
Drogas que se ha inyectado al menos una vez en los últimos 12 meses (%)			
Heroína ***	83.4	94.6	90.2
Metanfetamina y heroína juntas *	25.5	30.6	28.5
Metanfetamina ***	24.6	17.9	20.6
Heroína y Cocaína juntas**	16.1	22.7	20.0
Cocaína **	21.9	16.4	18.6
Tranquilizantes **	15.9	10.3	12.5
Otros opiáceos controlados	5.4	5.7	5.5
Barbitúricos	1.8	1.9	1.9
Tipo de usuario según número de drogas que usa (%)			
En los últimos 12 meses ha usado más de un tipo de droga (Poliusuario de drogas)	64.4	60.1	61.8
En los últimos 12 meses ha usado sólo un tipo de droga (monousuario)	35.6	39.9	38.2
Frecuencia de inyección de drogas en los últimos 12 meses (%) ***			
Más de 1 vez al día	70.0	81.0	76.5
Una vez al día	9.0	8.7	8.8
4-6 días a la semana	1.3	1.6	1.5
1-3 días a la semana	13.0	5.6	8.7
Menos de 1 vez a la semana	6.8	3.0	4.5
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

En el cuestionario se incluyó una pregunta por la apariencia de la heroína que la población reporta haberse inyectado en los doce meses previos a la encuesta. Esta pregunta apunta a establecer el origen de la droga que está disponible en los mercados locales⁸⁰. La importancia que tiene la apariencia de la heroína para este estudio, es que de acuerdo a Ciccarone y Bourgois (2003) hay una asociación entre ciudades con alta prevalencia de VIH y disponibilidad de heroína blanca, dada -entre otras razones- por su alta solubilidad, por lo que requiere ser calentada para inyectarse, y puede ser usada más fácilmente en combinación con otras drogas.

Los datos muestran que mientras en Tijuana la heroína disponible pareciera ser casi exclusivamente la *black tar* (sólida y negra) (94.6%), en Juárez si bien hay predominancia de esta heroína negra (85.9%), también se encuentra heroína en forma de polvo café, posiblemente proveniente de Colombia (13.1%), mientras en Hermosillo pareciera haber una disponibilidad relativamente equitativa de heroína negra (48.4%) y blanca (51.3%).

La apariencia de la heroína también muestra diferencias significativas por generación, de modo que los usuarios mayores reportaron en mayor proporción haber usado heroína de forma sólida y negra (84.9% vs. 68.4%) y una proporción más alta de jóvenes reportó haber usado heroína en forma de polvo color café claro (27.5% vs. 13.9%). Estas tendencias podrían estar indicando no sólo que el mercado local de Hermosillo es más diverso, en el sentido de que llega droga de diferentes partes del mundo, sino también, que el arribo de heroína proveniente de fuera de la República es un fenómeno reciente y por eso, son las nuevas generaciones quienes lo reportan en mayor proporción. El análisis cualitativo nos permitirá profundizar en esta cuestión para el caso de Hermosillo.

4.3 Prevalencia de uso de otras drogas alguna vez en la vida

La encuesta indagó sobre la historia de uso de otras drogas, ello permite reconocer la diversidad de trayectorias posibles y en esa medida la diversidad de usuarios y riesgos a la salud que experimentan durante algunas de las transiciones que conforman sus trayectorias de uso de drogas.

⁸⁰ De acuerdo a Ciccarone (2009), la heroína producida en todo el mundo tiene forma de polvo, con excepción de la heroína mexicana que es una brea/alquitrán negra (*black tar*), de baja pureza y requiere calentarla para volverla acuosa. La heroína producida en el sureste asiático es blanca, altamente soluble en agua; la proveniente del suroeste asiático es color café chabacano con poca solubilidad en agua, por lo que requiere mezclarlo con un ácido. La heroína colombiana es un polvo de color de blanquecino a café clara con buena solubilidad en agua.

El análisis según ciudad de residencia (cuadro 11) para el uso de algunas drogas alguna vez en la vida, muestra que mientras en Cd. Juárez y Tijuana el 100% de los usuarios reporta haber usado heroína alguna vez en la vida, la proporción es del 94.2% en Hermosillo ($p<0.000$).

Con respecto a la cocaína, mientras en Tijuana y Ciudad Juárez el 77.6% y 79.4% de los usuarios respectivamente reportan haberla usado alguna vez, en Hermosillo la proporción es del 92.0% ($p<0.000$). Así mismo, mientras en Hermosillo y Tijuana los usuarios consumen cocaína principalmente (77.0% y 61.8% respectivamente; $p<0.000$), en Ciudad Juárez la consumen principalmente inyectada (59.7%) ($p<0.000$).

El uso inyectado de heroína y cocaína juntas es significativamente ($p<0.05$) más común en Tijuana y Juárez en comparación con Hermosillo (74.9% y 63.0% vs. 57.2%). Es posible que estos hallazgos indiquen trayectorias diferenciadas de uso de drogas por ciudad. Por ejemplo, es posible que los usuarios de Ciudad Juárez experimenten una transición más acelerada al uso inyectado de cocaína por la menor disponibilidad de esta droga en el mercado local, lo que los obliga a maximizar los beneficios. En Hermosillo, la aparente mayor disponibilidad de cocaína en el mercado local, explicaría la menor prevalencia de su uso inyectado. Explorar las razones que llevan al uso inyectado de drogas es clave para comprender las características bajo las cuales se vive esta transición.

Llama particularmente la atención las diferencias encontradas en la proporción de uso de metanfetaminas alguna vez en la vida, pues mientras en Hermosillo y Tijuana el 86.5% y 83.1% respectivamente de los usuarios reportaron haberlas usado, en Ciudad Juárez, la proporción es del 20.9% ($p<0.000$). Esto lleva a pensar nuevamente el papel que juegan las distintas ciudades en las rutas del narcotráfico y cómo ello incide en la disponibilidad diferenciada de ciertas drogas en cada uno de sus mercados.

Al respecto, Durán-Martínez (2015) plantea que cuando varias organizaciones del crimen organizado compiten por un territorio, a menudo recurren al control de los mercados locales a través de la cooptación de los distribuidores, quienes dejan de controlar los beneficios que reciben de la venta de drogas, los lugares de venta, los procedimientos de distribución y las sustancias disponibles. Este puede ser el caso de Ciudad Juárez, donde se ha documentado que el cartel de Sinaloa y el cartel de Juárez se disputa su primacía. En contraste, ciudades donde un solo cartel mantiene el monopolio sobre el mercado local, los distribuidores tienen mayor autonomía con

respecto a las dinámicas de compra-venta y las sustancias que ofrecen. Este puede ser el caso de Hermosillo, donde el cartel de Sinaloa controla el mercado.

cuadro 11. Prevalencias de uso de drogas para tipos de drogas y vías de administración en varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012

Prevalencias de uso de algunas drogas ilegales alguna vez en la vida	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Uso de heroína				
Ha usado heroína (%) ***	100.0	100.0	94.2	98.1
Ha usado heroína inyectada (%) **	99.1	100.0	92.2	97.1
Ha usado heroína inhalada (%) ***	31.8	34.1	46.0	37.0
Ha usado heroína fumada (%) **	35.9	36.3	28.3	33.5
Uso de cocaína				
Ha usado cocaína (%) ***	77.6	79.4	92.0	82.7
Ha usado cocaína inhalada (%) ***	61.8	55.0	77.0	64.8
Ha usado cocaína inyectada (%) ***	51.0	59.7	71.7	60.2
Ha usado cocaína fumada (%) **	44.4	43.1	54.0	47.1
Uso combinado de heroína y cocaína inyectadas				
Ha usado cocaína y heroína juntas inyectadas (%) **	74.9	63.0	57.2	65.2
Uso de metanfetaminas				
Ha usado metanfetamina (%) ***	86.5	20.9	83.1	66.6
Ha usado metanfetamina fumada (%) ***	69.8	12.8	73.1	54.6
Ha usado metanfetamina inyectada (%) ***	56.8	7.2	52.9	41.3
Ha usado metanfetamina inhalada (%) ***	40.3	10.3	35.5	30.1
Uso combinado de metanfetaminas inyectadas				
Se ha inyectado metanfetamina y heroína juntas (%) ***	73.0	5.9	28.5	39.4
Ha usado metanfetamina y cocaína juntas (%) inyectadas ***	7.6	1.6	11.6	7.2
Uso inyectado de otras drogas ilegales				
Se ha inyectado tranquilizantes (%) ***	2.7	37.2	30.7	21.6
Se ha inyectado otros opiodies controlados (%)***	2.1	31.3	12.7	13.9
Se ha inyectado barbitúricos (%) ***	0.2	7.2	1.7	2.7
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Ahora bien, en las tres ciudades, la principal vía de administración del cristal o metanfetamina es fumada (69.8% en Tijuana, 12.8% en Ciudad Juárez y 73.1% en Hermosillo; $p<0.000$). En Tijuana y Hermosillo, una proporción importante de usuarios reportó usar cristal inyectado (56.8% y 52.9% respectivamente).

Las ciudades presentan también diferenciales importantes en el uso inyectado combinado de metanfetaminas. En Tijuana esta mezcla fue reportada por el 73.0% de los encuestados, mientras que la proporción es de 28.5% en Hermosillo y solo 5.9% en Ciudad Juárez ($p<0.000$).

Por otro lado, casi uno de cada cuatro participantes reportó haberse inyectado tranquilizantes, pero la proporción es mayor en Ciudad Juárez (37.2%) y en Hermosillo (30.7%) en comparación con Tijuana (2.7%). Así mismo, llama la atención que la mayoría de participantes que reportaron haberse inyectado otros opioides controlados, son residentes en Ciudad Juárez (31.7%). Estos hallazgos indicarían mayor acceso de los usuarios de Ciudad Juárez y Hermosillo a medicamentos controlados. Es posible que la mayor marginalidad de los usuarios de Tijuana explique su menor acceso a este tipo de medicamentos.

Los datos descritos muestran un mercado de drogas diferenciado por ciudad, donde Hermosillo se perfila con una ciudad con diversidad importante de tipos de drogas y con alta prevalencia de su uso, lo cual es interesante pues no es una ciudad fronteriza y no es de las ciudades tradicionalmente más reportadas en la República cuando se habla de adicciones o situaciones de drogas en general como Tijuana y Ciudad Juárez.

En Tijuana las drogas que mayor proporción de usuarios (arriba del 50%) reporta haber usado son heroína, cocaína, heroína y cocaína juntas, metanfetaminas, metanfetaminas y heroína juntas. En Ciudad Juárez las drogas más usadas alguna vez en la vida por una mayor proporción de usuarios son heroína, cocaína, y heroína y cocaína juntas. Para los usuarios de Hermosillo son heroína, cocaína y metanfetaminas.

Por su parte, el análisis por generación (cuadro 12) evidencia que, si bien la mayoría de usuarios de ambas generaciones reportan haber usado alguna vez heroína y cocaína, la proporción es más alta para los mayores (95.7% vs 99.7%; $p<0.000$ y 85.7% vs. 80.0%; $p<0.05$ respectivamente).

cuadro 12. Prevalencias de uso de drogas para tipos de drogas y vías de administración en varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Prevalencias de uso de algunas drogas ilegales alguna vez en la vida	Menores de 33 años (n=447)	33 ó más (n=671)	Todos (N=1118)
Uso de heroína			
Ha usado heroína (%) ***	95.7	99.7	98.1
Ha usado heroína inyectada (%) ***	94.6	98.8	97.1
Ha usado heroína inhalada (%) **	43.0	33.1	37.0
Ha usado heroína fumada (%)	34.0	33.2	33.5
Uso cocaína			
Ha usado cocaína (%)**	85.7	80.8	82.7
Ha usado cocaína inhalada (%)***	71.8	60.1	64.8
Ha usado cocaína inyectada (%)	59.1	61.0	60.2
Ha usado cocaína fumada (%) **	50.8	44.7	47.1
Uso combinado de heroína y cocaína inyectadas			
Ha usado Cocaína y Heroína juntas (%)***	49.7	63.3	57.9
Uso de metanfetaminas			
Ha usado metanfetamina (%) ***	74.3	61.5	66.6
Ha usado metanfetamina fumada (%) ***	64.7	47.8	54.6
Ha usado metanfetamina inyectada (%) **	47.0	37.6	41.3
Ha usado metanfetamina inhalada (%)	32.7	28.5	30.1
Uso combinado de metanfetaminas inyectadas			
Se ha inyectado metanfetamina y heroína juntas (%) *	36.0	41.7	39.4
Ha usado metanfetamina y cocaína juntas (%) inyectadas	8.3	6.4	7.2
Uso inyectado de otras drogas ilegales			
Se ha inyectado tranquilizantes (%) **	25.1	19.4	21.6
Se ha inyectado otros opiodies controlados (%)**	11.2	15.6	13.9
Se ha inyectado barbitúricos (%)	2.2	3.0	2.7
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Con respecto a las vías de administración, el cuadro 12 muestra que una proporción significativamente ($p < 0.05$) mayor de usuarios de la generación más joven usa heroína inhalada

(43.0% vs. 33.1%), mientras que una proporción significativamente ($p<0.000$) mayor de los usuarios mayores usan heroína inyectada (98.8% vs. 94.6%).

No sorprende entonces, que mientras el 71.7% de los usuarios nacidos antes de 1980 reportan haber usado cocaína y heroína juntas inyectadas, la proporción para los nacidos a partir de 1980 es de 55.4% ($p<0.000$). Sin embargo, esta tendencia se invierte para las metanfetaminas, de modo que el 74.3% de los usuarios de la generación menor reportan haberla usado alguna vez en comparación con el 61.5% de los usuarios mayores ($p<0.000$) y además la generación más joven presenta también prevalencias de uso significativamente más altas que los mayores en el uso de metanfetaminas fumada (64.7% vs. 47.8%; $p<0.000$) e inyectada (47.0% vs. 36.7%; $p<0.05$).

Los más jóvenes reportan también más alta prevalencia de uso inyectado de tranquilizantes en comparación con los mayores (25.1% vs. 19.4%; $p<0.05$), mientras que los mayores reportan mayor prevalencia de uso inyectado de otros opioides controlados (15.6% vs. 11.2% $p<0.05$).

Al desagregar este análisis, comparando las generaciones al interior de cada ciudad (no se muestra cuadro), encuentro que en Hermosillo la prevalencia de uso alguna vez en la vida de heroína y cocaína es más alta para las generaciones mayores en comparación con los más jóvenes (98.3% vs. 92.2%; $p<0.05$ para heroína y 95.7% vs. 90.2%; $p<0.10$ para cocaína), mientras que las diferencias intergeneracionales no son significativas en Ciudad Juárez y Tijuana.

En Tijuana y Hermosillo, los usuarios de la generación mayor presentan las más altas prevalencias de uso combinado de cocaína y heroína (80.2% vs. 59.8%; $p<0.000$ y 69.4% vs. 51.1%; $p<0.05$ respectivamente). En contraste, los usuarios de la generación más joven de Ciudad Juárez y Hermosillo presentan prevalencias más altas de uso de metanfetaminas, que los de la generación mayor (28.6% vs. 17.9%; $p<0.05$ en Cd. Juárez y 91.8% vs. 79.3%; $p<0.05$ en Hermosillo), pero no así en Tijuana, donde las diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas.

4.4 Droga de Inicio vs. Droga Actual: Continuidades y Discontinuidades en los itinerarios de uso de drogas

Comparé las drogas de inicio con las drogas de uso actuales, con el fin de analizar si hay cambios en las preferencias de uso drogas en el tiempo. Los cuadros 13 y 14 muestran que la mayoría de los encuestados son usuarios actuales de heroína sola, seguidos de cristal y heroína y en menor medida cristal solo, cocaína sola y cocaína y heroína.

Del cuadro 13 resulta relevante que una proporción importante de usuarios actuales de heroína, iniciaron su trayectoria de drogas con el uso de tranquilizantes (84%) y con el uso de inhalantes (79%). Así mismo, el 10% de los usuarios que iniciaron con cristal, se mantienen inyectándose cristal solo. La mayor proporción de usuarios que actualmente usan alguna combinación de drogas inyectadas son los usuarios que reportan haberse iniciado con inhalantes o con marihuana (15%).

cuadro 13. Droga de inicio y droga que se inyecta más frecuentemente al momento de la encuesta. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.

Droga de inicio	Droga que se inyecta más frecuentemente actualmente (%)						Total N= 1,103
	Heroína n=863	Cocaína n=29	Speed n=5	Cristal n=47	Cristal + heroína n=150	Otra n=9	
Marihuana	77.5	2.4	0.4	4.2	14.6	0.90	100 (n=783)
Heroína	87.2	0.0	0.0	1.3	11.5	1.3	100 (n=79)
Cocaína/Crack	71.8	6.7	1.1	7.8	8.9	0.0	100 (n=78)
Cristal	80.5	5	0	10.0	5.0	0.0	100 (n=20)
Inhalantes	79.8	1.9	1.0	1.9	14.4	1.0	100 (n=104)
Tranquilizantes	84.4	3.1	0.0	3.1	9.4	0	100 (n=32)
Otros	85.7	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	100 (n=7)
Total (n) %	78.2	2.6	0.5	4.3	13.6	0.8	100

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Cuadro 14. Droga a la primera inyección y droga que se inyecta más frecuentemente al momento de la encuesta. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.

Droga 1 ^a inyección	Droga que se inyecta más frecuentemente actualmente (%)						Total N=1,106
	Heroína n=865	Cocaína n=27	Cocaína + heroína n=5	Cristal n=47	Cristal + heroína n=150	Otra n=9	
Heroína	82.2	0.6	.1	2.2	14.1	0.9	100 (n=824)
Cocaína	73.9	11.8	.5	7.4	6.4	0.0	100% (n=203)
Cocaína + heroína	50.0	0.0	12.5	0.0	37.5	0.0	100 (n=24)
Cristal	48.8	0.0	0.0	31.7	17.1	2.4	100 (n=41)
Cristal + heroína	33.3	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	100 (n=6)
Otros	62.5	0.0	0.0	12.5	0.0	12.5	100 (n=8)
Total (n) %	78.2	0.2	.5	4.3	13.6	0.8	100

Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

El cuadro 14 muestra que la mayoría de usuarios que reporta como primera droga inyectada la heroína, se mantiene usando heroína al momento actual (82%); lo mismo sucede con aquellos que reportan como droga de inicio heroína y cristal, de modo que el 67% conserva esa combinación de droga como la más frecuentemente usada. Así mismo, aquellos que se inician en el uso inyectado de drogas con cocaína y heroína juntas (*speedball*), mantienen principalmente el uso inyectado de heroína sola (50%). En contraste, entre aquellos que se inician con cristal, casi uno de cada seis se mantiene como usuario de cristal puro.

Estas tendencias parecieran indicar que aquellos usuarios que se inician combinando drogas mantienen un uso combinado de las mismas, mientras que aquellos que se inician con heroína sola, pareciera que se mantienen sólo con el uso de esta sustancia. Analicemos ahora el calendario en que se viven las transiciones que constituyen los itinerarios de uso de drogas.

4.5 Análisis del Calendario e intensidad de los Itinerarios de Uso de drogas

4.5.1 Intensidad de los itinerarios de uso de drogas

De acuerdo a lo discutido en el marco teórico, las edades al momento de experimentar los eventos en el curso de vida son un elemento clave que incide en el curso de vida posterior como factor co-adyudante en la probabilidad de vivir otros eventos, como acumulador de eventos adversos y/o beneficiosos, pero también como punto de quiebre de un curso que se venía estructurando (Elder GH., 1996).

Para el estudio del uso de drogas, se plantea que las edades de inicio son determinantes en la configuración de trayectorias de uso crónico de drogas (Johnston, Bachman, & O'Malley, 1978; Kandel & Logan, 1984; O'Malley, Bachman, & Johnston, 1984; (Lopez, Krueger, & Walters, 2010; Valenzuela & Fernández, 2011) y de acumulación de riesgos para la salud (Battjes, Leukefel, & Pickens, 1992; Grant & Dawson, 1998; Carneiro, Fuller, Doherty, & Vlahov, 1999; DuRant, Smith, Kreiter, & Krowchuk, 1999; Tapert, Aarons, Sedlar, & Brown, 2001; Schoroeder, Latkin, Hoover, Curry, Knowlton, & Celentano, 2001; Corsi, Kwiathkowksi, & Booth, 2009). Estos autores plantean que iniciar tempranamente el uso ilegal de drogas no sólo crea el potencial para que se experimente con otras drogas, sino que permite la adquisición de habilidades sociales útiles para interactuar con otros usuarios y distribuidores de drogas, incrementa las redes sociales y favorece el desarrollo de formas de socialización asociadas al uso de drogas y normas sociales que legitiman y refuerzan su uso. A esta posición se le conoce como la hipótesis de la puerta de entrada.

Otros autores sostienen que no sólo importa la edad de inicio de uso de drogas, sino también el tipo de drogas con que se inicia (Hser, Evans, Huang, Brecht, & Li, 2008). Iniciar con drogas que tienen mayor potencial adictivo y que implican mayores riesgos y daños para la salud, se asocia a trayectorias más intensas de uso, mayor exposición a riesgos para la salud a lo largo del curso de vida y mayor probabilidad de desarrollar mayor dependencia a las sustancias.

Para efectos simplificadores, utilicé los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (2008), para agrupar las drogas de inicio en CODAR (Consumidores de drogas con alto riesgo de adquirir y transmitir el VIH y otras ITS como heroína, cocaína, anfetaminas y metanfetaminas) y No-CODAR. Lo interesante de esta clasificación es que pone el énfasis en los riesgos que implica la droga sobre la probabilidad de infectarse de VIH y no en la sustancia en sí misma. Según la literatura, iniciar trayectorias de uso de drogas con drogas CODAR implica mayor exposición a mayores riesgos a la salud.

Con el fin de probar la hipótesis de la puerta de entrada, en primera instancia describo el tipo de drogas con que se vive el primer uso de drogas ilegales y el primer uso inyectado de las mismas, así como algunos elementos contextuales de las maneras como son experimentados ambos eventos y la intensidad con que se presenta el uso de algunas drogas alguna vez en la vida por ciudad de residencia y generación. Posteriormente analizo con la ayuda de tablas de vida y modelos Cox el calendario al primer uso de drogas, al primer uso de inyectado y al primer uso de algunas drogas CODAR. El calendario nos permite empezar a pensar cuánto tiempo pasa para que los sujetos incorporen una nueva droga y/o una nueva ruta de administración a su trayectoria de uso.

4.5.2 Primer uso de drogas ilegales

Los datos del cuadro 15, muestran en primer lugar que entre el 15% y el 17% de los usuarios de las tres ciudades reportaron iniciarse con drogas CODAR, sin que se encuentren diferencias significativas por ciudad de residencia.

cuadro 15. Características del primer uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia cohorte de nacimiento. México, 2012

Características del primer uso de drogas ilegales	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Tipo de droga ilegal de inicio (%)				
NO-CODAR ◇ ◇ (%)	84.8	82.7	82.9	83.6
CODAR ◇ (%)	15.2	17.3	17.1	16.4
Primera droga ilegal (%) ***				
Marihuana	72.1	67.9	72.1	70.9
Inhalantes	9.8	11.6	6.7	9.3
Heroína	8.0	10.7	3.6	7.4
Cocaína/crack	5.3	6.3	10.0	7.1
Tranquilizantes	2.1	3.1	3.6	2.9
Metanfetaminas	1.8	0.3	3.1	1.8
Otros	0.9	0.0	0.8	0.6
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

◇ Cocaína, pasta de coca, heroína, anfetaminas, metanfenaminas; ◇◇ Marihuana, inhalantes, barbitúricos, tranquilizantes, alucinógenos.

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Sin embargo, cuando desagregamos por tipo de droga, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.000$) entre las ciudades, por lo que podemos decir que la clasificación de la OPS (2008) si bien es interesante, termina invisibilizando diferencias importantes que en este estudio en particular conviene subrayar, dado el interés por mostrar cómo los cambios en la historia del narcotráfico en el país, han impactado los mercados locales de drogas y con ello, las biografías y trayectorias de los usuarios.

Así, aunque la principal droga ilegal de inicio reportada en las tres ciudades es la marihuana (70.9%), los inhalantes son la segunda droga más importante de inicio tanto en Tijuana (9.8%) como en Ciudad Juárez (11.6%), pero no en Hermosillo, en donde la cocaína es la segunda droga de inicio más importante (10.0%) y los inhalantes la tercera (6.7%). Tanto en Tijuana como en Cd. Juárez, la tercera droga de inicio más importante es la heroína (8.0% y 10.7% respectivamente) y la cocaína (5.3% y 6.3% respectivamente) sólo después de ella.

Al analizar las diferencias en la droga de inicio según cohorte de nacimiento, el cuadro 16 muestra que la cohorte de usuarios mayores (los mayores de 33 años), reportan haberse iniciado en una proporción significativamente mayor con drogas CODAR en comparación con los más jóvenes (18.9% vs. 12.7%; $p < 0.05$).

Al desagregar por tipo de droga, encontramos que, si bien la marihuana se mantiene como la principal droga de inicio para ambas generaciones (70.9%), el porcentaje es significativamente mayor ($p < 0.05$) para aquellos de la cohorte más joven (75.3%) en comparación con los mayores (68.0%). En contraste, los mayores reportaron en mayor proporción que su droga de inicio fue la heroína (10.0% vs. 3.4% respectivamente). Estas diferencias quizás nos estén hablando de tipos de mercado asociados a historias diferenciales del narcotráfico, su arribo y consolidación en cada ciudad. Más aún, este comportamiento diferencial por generación podría indicar que ha cambiado el patrón de uso de drogas en el tiempo, siendo los jóvenes quienes inician con drogas de menor riesgo como la marihuana.

Profundizando un poco más en este análisis, examiné estas diferencias generacionales al interior de cada ciudad (no se muestra en las tablas) y encontré que la significancia estadística se mantiene para Ciudad Juárez ($p < 0.05$) y para Hermosillo ($p < 0.10$), pero no para Tijuana. En Ciudad Juárez, los usuarios más jóvenes reportan en mayor proporción haber iniciado el uso de drogas con marihuana (80.2% vs. 63.0%) e inhalantes (13.2% vs. 11.0%), mientras que los

mayores reportan haberse iniciado en mayor proporción con heroína (14.1% vs. 2.2%) y cocaína o crack (8.4% vs. 1.1%). La misma tendencia se observa en Hermosillo para la marihuana⁸¹, pero también encuentro que una mayor proporción de usuarios de la generación más joven reporta haberse iniciado con metanfetaminas en comparación con los mayores (4.1% vs. 0.9%), mientras que éstos últimos reportan en mayor proporción haberse iniciado con heroína (5.2% vs. 2.9%), cocaína o crack (12.1% vs. 9.1%).

cuadro 16. Características del primer uso de drogas ilegales en varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Características del primer uso de drogas ilegales	Distribución de individuos por cohorte		Todos (N=1118)
	Menores de 33 años (n=447)	33 ó más (n=671)	
Tipo de droga ilegal de inicio (%) **			
NO-CODAR ◇◇	87.3	81.1	83.6
CODAR ◇	12.7	18.9	16.4
Primera droga ilegal (%) **			
Marihuana	75.3	68.0	70.9
Inhalantes	9.2	9.4	9.3
Heroína	3.4	10.0	7.4
Cocaína/crack	6.3	7.6	7.1
Tranquilizantes	2.2	3.3	2.9
Metanfetaminas	2.7	1.2	1.8
Otros	0.9	0.4	0.6
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

◇ Cocaína, pasta de coca, heroína, anfetaminas, metanfenaminas; ◇◇ Marihuana, inhalantes, barbitúricos, tranquilizantes, alucinógenos.

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Las diferencias por generación parecieran indicar que la heroína y la cocaína son drogas más populares entre los más adultos, mientras que la marihuana y las metanfetaminas son más populares entre los más jóvenes. Esto podría estar indicando que los mercados de la droga son

⁸¹ Los jóvenes reportan haberse iniciado en mayor proporción con marihuana en comparación con los mayores (74.1% vs. 68.1%)

distintos según generación, aparecen drogas que se van sumando al abanico de las presentes, van apareciendo combinaciones que diversifican las experiencias y los riesgos.

4.5.3 Primer uso inyectado de drogas ilegales

A continuación, describo algunas características bajo las cuales los encuestados reportaron haber vivido el primer uso inyectado de drogas según ciudad de residencia, ello nos permite no sólo comprender mejor cómo viven los sujetos este evento, sino también los riesgos a los que se exponen los usuarios al vivir esta transición y los elementos que la facilitan.

Los datos del cuadro 17 muestran que, en las tres ciudades la principal droga con la que se inicia el uso inyectado es la heroína, sin embargo, la proporción de inicio con heroína es mucho menor en Hermosillo en comparación con Cd. Juárez y Tijuana (57.3% vs. 84% y 81.5% respectivamente; $p < 0.000$). En Hermosillo es mucho más importante la cocaína como droga de inicio de uso inyectado en comparación con Cd. Juárez y Tijuana (34.9% vs. 15.4% y 6.9% respectivamente; $p < 0.000$). Es posible que estas diferencias se asocien a la historia del narcotráfico en cada ciudad y que entonces en Tijuana y Ciudad Juárez haya mayor disponibilidad de heroína, mientras en Hermosillo haya mayor disponibilidad de cocaína.

cuadro 17. Tipo de droga de inicio al primer uso de droga ilegal y primer uso inyectado en hombres usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012

Características del primer uso inyectado de drogas ilegales	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Droga que se inyectó por primera vez (%) ***				
Heroína	81.5	84.0	57.3	74.4
Cocaína/crack	6.9	15.4	34.9	18.4
Metanfetamina	4.1	0.3	6.4	3.8
Cocaína y Heroína juntas	5.5	0.0	0.0	2.1
Metanfetamina y Heroína juntas	1.6	0.0	0.0	0.6
Otra	0.5	0.3	1.4	0.7
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia *** $p < 0.000$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$

◇ Cocaína, pasta de coca, heroína, anfetaminas, metanfentaminas; ◇◇ Marihuana, inhalantes, barbitúricos, tranquilizantes, alucinógenos.

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Las diferencias persisten al analizar el tipo de droga a la primera inyección según cohorte de nacimiento (ver cuadro 18), siendo más importante el peso de la heroína para la generación mayor (68.7% vs. 78.2%; $p<0.000$) y el de la cocaína para la generación menor (22.4% vs. 15.7%; $p<0.000$). Es posible pensar que la heroína y la cocaína se asocian a una experimentación de uso de drogas diferenciada generacionalmente.

Sin embargo, al examinar este indicador al interior de cada ciudad (no se muestra en los cuadros), no encuentro diferencias estadísticamente significativas por generación para Tijuana y Ciudad Juárez, es decir, los datos muestran que las generaciones se comportan igual en estas ciudades con respecto a la droga de la primera inyección, pero para Hermosillo la principal diferencia entre generaciones, está en la proporción de usuarios que reportan haber iniciado el uso inyectado con metanfetaminas, siendo de 9.4% para los jóvenes y 0% para los mayores. En contraste, son los mayores quienes reportan en mayor proporción haber iniciado el uso inyectado de drogas con heroína (61.2% vs. 55.5% $p<0.000$) y cocaína (37.1% vs. 33.9%; $p<0.05$).

cuadro 18. Tipo de droga de inicio al primer uso de droga ilegal y primer uso inyectado en hombres usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Características del primer uso inyectado de drogas ilegales	Distribución de individuos por cohorte		Todos (N=1118)
	Menores de 33 años (n=447)	33 ó más (n=671)	
Droga que se inyectó por primera vez (%) ***			
Heroína	68.7	78.2	74.4
Cocaína/crack	22.4	15.7	18.4
Metanfetamina	6.5	1.9	3.8
Cocaína y Heroína juntas	0.9	3.0	2.1
Metanfetamina y heroína juntas	0.9	0.4	0.6
Otra	0.7	0.7	0.7
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia *** $p<0.000$; ** $p<0.05$; * $p<0.1$

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Con respecto al contexto de iniciación en el uso inyectado de drogas, los datos del cuadro 19 muestran que una mayor proporción de usuarios de Tijuana reportaron que vivieron este evento en una ciudad distinta (34.6%) en comparación con los usuarios de Ciudad Juárez (15.3%) y

Hermosillo (25.5%) ($p < 0.000$). Es posible que estas diferencias se expliquen por el mayor peso que tiene la migración en Tijuana en comparación con las otras ciudades. Empero, resulta especialmente significativo que uno de cada cinco usuarios de Hermosillo, transitaron al uso inyectado de drogas cuando vivían en otra ciudad, dado que ésta no es una ciudad fronteriza. El análisis cualitativo nos dará pistas para comprender este fenómeno.

cuadro 19. Contexto del primer uso inyectado de drogas en hombres usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012

Características del primer uso inyectado de drogas ilegales	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Ciudad residencia a la primera inyección (%) ***				
Vivía en la ciudad de residencia actual	65.4	84.7	74.5	73.9
Vivía en una ciudad distinta a la de residencia actual	34.6	15.3	25.5	26.1
Con quien se inyectó la primera vez (%) ***				
Con amigo	87.2	61.3	74.2	75.6
Se inyectó solo	0.7	19.7	14.1	10.5
Con familiar	5.0	11.6	4.2	6.6
Con pareja sexual	3.2	2.2	2.8	2.8
Con desconocido	1.1	0.0	0.0	0.4
Otro	2.7	5.3	4.7	4.1
Recibió asistencia para inyectarse (%) ***				
Otra persona lo inyectó	SD	75.6	62.6	68.7
Se inyectó por sí mismo	SD	24.4	37.4	31.3
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia *** $p < 0.000$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Llama la atención que, en Hermosillo, el 37.4% de los usuarios reportan haberse inyectado por primera vez sin haber contado con asistencia de otra persona. El análisis cualitativo nos brindará información relevante para comprender cómo aprenden los sujetos a inyectarse, al punto de no requerir asistencia para su primera inyección. En Ciudad Juárez, la proporción es del 24.4%, es decir, casi uno de cada cuatro usuarios, lo que indica procesos de familiarización previa con el uso inyectado de drogas.

Con respecto a las diferencias generacionales (ver cuadro 20), los datos muestran que la migración tiene más peso para la generación más joven en el contexto de la primera inyección, de manera que el 32.5% de aquellos menores de 34 años reportaron haber estado en una ciudad distinta a la residencia actual al momento del evento, mientras que en los mayores el porcentaje fue de 16.6% ($p < 0.000$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre generaciones para las variables quien estaba al momento del evento ni si alguien más lo inyectó esa primera vez (ver cuadro 20), lo que indica que para ambas generaciones la primera inyección sucede principalmente en compañía de amigos y en la mayoría de los casos una tercera persona los inyecta, aunque resulta relevante que una tercera parte de los casos, no requirió asistencia.

Estos hallazgos indican que la ciudad de residencia tiene un mayor peso sobre las características de la primera experiencia de uso inyectado de drogas, que la cohorte de nacimiento. Las prácticas en las que se da el primer uso inyectado de drogas son homogéneas entre generaciones, pero heterogéneas entre ciudades, quizás ello implique una conformación específica de redes sociales y exposición a las drogas que intercede (facilitando o retrasando) la vivencia del evento.

cuadro 20. Contexto del primer uso inyectado de drogas en hombres usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012

Características del primer uso inyectado de drogas ilegales	Menores de 33 años (n=447)	33 ó más (n=671)	Todos (N=1118)
Ciudad residencia a la primera inyección (%)***			
Vivía en la ciudad de residencia actual	83.4	67.5	73.9
Vivía en una ciudad distinta a la de residencia actual	16.6	32.5	26.1
Con quien se inyectó la primera vez (%)			
Con amigo	76.7	74.8	75.6
Se inyectó solo	10.3	10.6	10.5
Con familiar	5.8	7.2	6.6
Con pareja sexual	2.2	3.1	2.8
Con desconocido	0.2	0.6	0.4
Con otro	4.7	3.7	4.1
Recibió asistencia para inyectarse (%)			
Otra persona lo inyectó	69.1	68.2	68.7
Se inyectó por sí mismo	30.9	31.8	31.3
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia *** $p < 0.000$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$

4.5.4 El Calendario de las Transiciones de Uso de Drogas a través de Tablas de Vida

En este apartado, me interesa obtener información con estimaciones de tablas de vida para describir las transiciones al primer uso de drogas ilegales, al primer uso de drogas CODAR y al primer uso inyectado por ciudad de residencia.

4.5.4.1 Primera droga ilegal

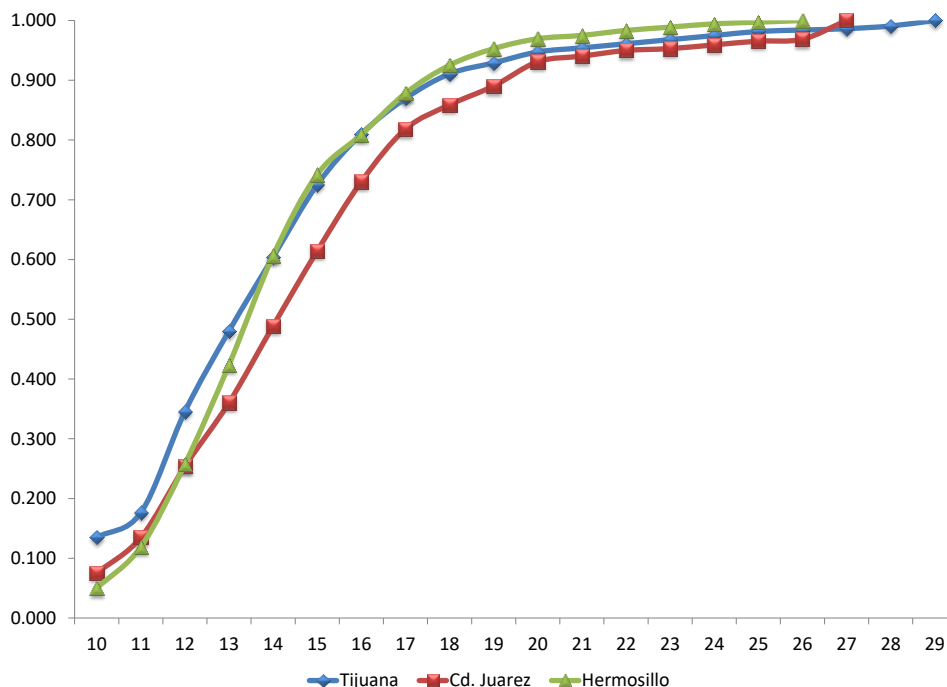
Para analizar la transición del no uso de drogas al primer uso de una droga ilegal, establecí como edad mínima de inicio los 10 años⁸² y como límite superior la edad 30 años⁸³. La mayoría de los encuestados (60.8%) reportaron haber vivido el evento entre los 11 y los 15 años.

Comparando por ciudad de residencia, la gráfica 1 muestra que una mayor proporción de usuarios de Tijuana se inician más tempranamente. En contraste, los usuarios de Ciudad Juárez y Hermosillo exhiben un inicio similar, siendo ligeramente menor la proporción de usuarios de Hermosillo que se inician a los 10 años. Sin embargo, a la edad 14, los usuarios de Hermosillo igualan a los de Tijuana. Justamente es entre los 12 y los 14 años, que los participantes de Hermosillo y Tijuana tienen mayor probabilidad de pasar al primer uso de drogas, mientras que para los de Ciudad Juárez, las edades críticas son entre los 14 y los 17 años. Ya para la edad 20, los usuarios de las tres ciudades presentan comportamientos similares. (ver gráfica 1).

⁸² 5.6% (n=63) de los casos reportó haber vivido el evento antes de los 10 años

⁸³ 1.4% (n=15) de los casos reportó haber iniciado el uso de drogas después de los 30 años

Gráfica 1. Probabilidad de vivir el evento “uso de primera droga ilegal” según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.



Nota: ***P<0.000

4.5.4.2 Primera droga CODAR

El 16.4% (n= 183) de la muestra reportó como droga de inicio, una droga CODAR⁸⁴ -es decir, cocaína, heroína o cristal- y el 10% (n= 122) reportó que vivieron el uso de la primera droga y la primera droga CODAR en el mismo año, por lo que el 27.3% de la muestra reporta la misma edad de inicio de drogas y de primer uso de droga CODAR. Este hallazgo indica que, para un cuarto de la población en estudio, los itinerarios de uso de drogas no necesariamente son escalonados como plantea la hipótesis de la puerta de entrada.

La comparación por ciudad de residencia (Ver gráfica 2), muestra que los usuarios de Hermosillo son quienes reportaron mayor rapidez en la manera cómo se vive la transición, siendo las edades críticas entre los 13 y los 15 años.

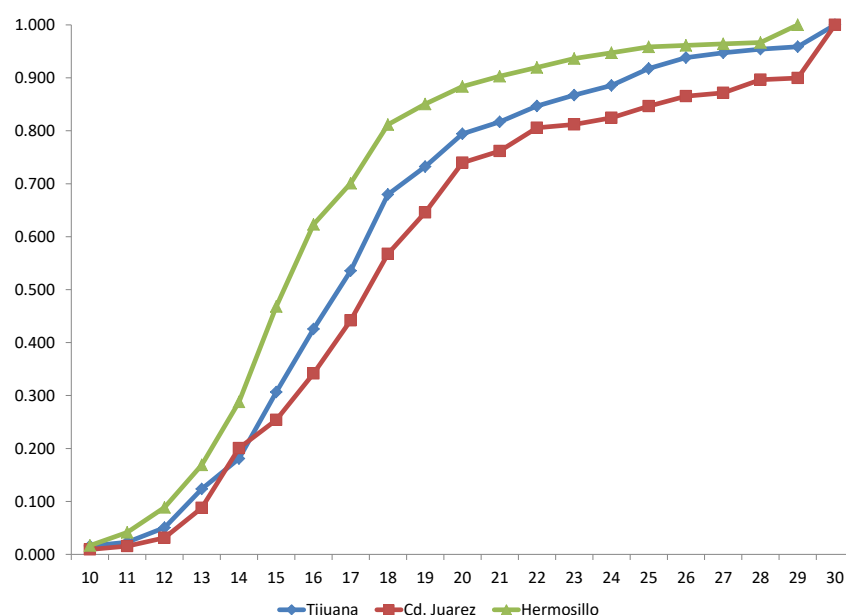
En el otro extremo, los usuarios de Ciudad Juárez, reportan una transición más paulatina, siendo el intervalo más agudo entre los 15 y los 18 años. Mientras la curva de los usuarios de Hermosillo se separa tempranamente (a los 12 años) de las curvas de las otras dos ciudades,

⁸⁴ Recordemos que CODAR es una clasificación realizada por la Organización Panamericana de la Salud y se refiere a Consumidores de Alto Riesgo, definidos como aquellos que han usado cocaína, heroína o cristal.

mostrando una transición acelerada, las curvas de Tijuana y Ciudad Juárez permanecen muy similares, con incrementos paulatinos en la intensidad, hasta la edad 15, momento en que mayor los usuarios de Tijuana tienen mayor probabilidad de pasar al uso de drogas CODAR.

Así pues, mientras en Hermosillo los entrevistados a los 16 años tienen una probabilidad de 62% de pasar de no-uso de drogas a usar drogas CODAR, en Ciudad Juárez a esa edad la probabilidad de vivir esta transición es de 34% y en Tijuana de 42%. Estas diferencias claramente muestran el distinto patrón de transición a drogas CODAR en las 3 entidades.

Gráfica 2. Probabilidad de vivir el evento “uso de primera droga CODAR” según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.



Notas: *** ($p < 0.00$)

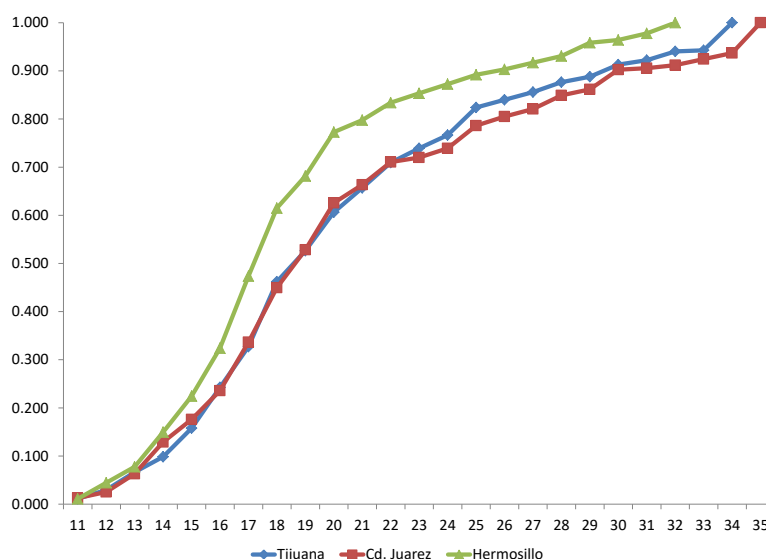
4.5.4.3 Primera droga inyectada

El análisis por ciudad de residencia del evento uso inyectado de drogas, muestra que, aunque los usuarios de las tres ciudades empiezan de manera muy similar, a la edad 14 se empiezan a diferenciar los usuarios de Hermosillo, para quienes el evento toma mayor intensidad, especialmente entre los 15 y los 20 años, siendo las edades críticas de experimentación del evento entre los 15 y los 18 años (ver gráfica 5).

Por su parte, los usuarios de Ciudad Juárez y Tijuana presentan comportamientos muy similares, de modo que sus curvas del paso al primer uso inyectado de drogas están superpuestas

hasta la edad 25, momento en el que los usuarios de Tijuana presentan un aumento en la intensidad con la que se vive la transición. Ello permite concluir que en Ciudad Juárez y Tijuana la transición a la primera inyección se vive de manera más gradual en comparación con Hermosillo, donde se observa que esta transición se experimenta de manera más acelerada.

Gráfica 3. Probabilidad de vivir el evento “uso de primera droga inyectada”, según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.



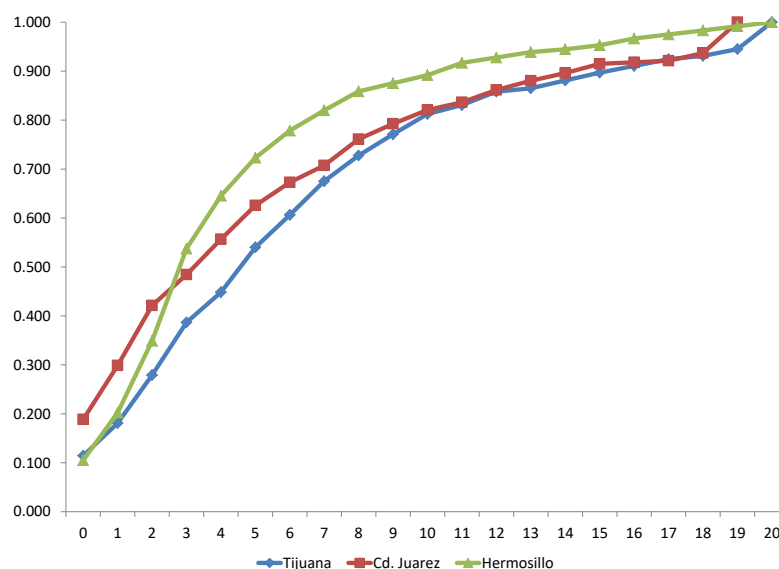
Nota: ***P<0.000

Ahora bien, quise analizar el tiempo que le toma a los sujetos pasar del primer uso de drogas al primer uso inyectado de las mismas, en términos ya no de edades, sino de duración. Los datos muestran que a la mayoría de los sujetos les toma alrededor de 10 años vivir esta transición, siendo entre dos y cuatro años de haber iniciado la primera droga, el intervalo en que se observa mayor intensidad.

El análisis por ciudad de residencia indica que Hermosillo y Tijuana inician con un patrón similar, pero al segundo año Hermosillo se separa, mostrando un incremento importante en la proporción de usuarios que viven el paso al uso inyectado. Al año tres, los usuarios de Hermosillo, han superado la intensidad con la que los usuarios de Ciudad Juárez – donde se observa una mayor probabilidad de vivir más rápidamente esta transición en los primeros años - pasan al uso inyectado. En Hermosillo, los años críticos, en los que se transita más rápido del primer uso de drogas al primer uso inyectado, es entre el primero y el cuarto año.

Mientras en Hermosillo a los siete años de haber usado drogas por primera vez, el 72% de los encuestados reportó haber transitado al uso inyectado, en Tijuana la probabilidad de transitar al uso inyectado al año siete es del 60% y en Ciudad Juárez de 63%.

Gráfica 4. Probabilidad de pasar del primer uso de drogas al primer uso inyectado de las mismas, según edad al evento y ciudad de residencia. Varones que se inyectan drogas de Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana. México, 2012.



Nota: ***P<0.000

El análisis de las transiciones aquí estudiadas indica en primer lugar, que no se puede homogeneizar el comportamiento de los usuarios en todas las transiciones según su ciudad de residencia. Por ejemplo, el paso del no uso de drogas al primer uso se da más tardíamente en Juárez y no hay muchas diferencias entre Hermosillo y Tijuana. Sin embargo, para el paso al uso inyectado, los usuarios de Hermosillo presentan curvas muy diferenciadas de aquellas presentadas por los usuarios de Ciudad Juárez y Tijuana, que están casi superpuestas.

La historia del narcotráfico y la consecuente disponibilidad de drogas en los mercados locales tienen un efecto interviniente en estos itinerarios estudiados, que debe de tenerse en cuenta en el análisis, pero que no fueron levantados en la encuesta, por lo que se requiere complementar la información con fuentes secundarias y con datos cualitativos para conocer los contextos de estas transiciones descritas.

En general, los usuarios de Hermosillo reportaron calendarios más tempranos del paso de no uso de drogas a drogas CODAR, del no uso de drogas a la primera inyección y transiciones más

aceleradas entre el primer uso de drogas y el primer uso inyectado de las mismas. Los mayores riesgos para los jóvenes se ubican entre los 12 y 15 años en Hermosillo y entre los 15 y 18 años para los Usuarios de Tijuana y Ciudad Juárez. En términos de duración, los mayores riesgos para transitar del primer uso de drogas al uso inyectado, es en los diez primeros años, siendo Hermosillo, la ciudad donde la duración crítica entre ambos eventos es menor (4 años).

4.5.5 Trayectorias-Tipo

De acuerdo a las características observadas de intensidad y calendario que arrojaron las tablas de vida, propongo clasificar a los itinerarios de uso de drogas aquí analizados en:

- Itinerarios tempranos: Aquellos en los que la edad al inicio de uso de drogas es menor a 13 años (29.1%; n=325)
- Itinerarios tardíos: Aquellos en los que la edad de inicio de uso de drogas es mayor o igual a 13 años (70.9%; n=791)
- Itinerarios acelerados: Son aquellos que no necesariamente inician antes de los 13 años, pero se inician con drogas CODAR y/o presentan una duración menor a tres años entre el primer uso de drogas y el uso inyectado de las mismas (76.5%; n=854).
- Itinerarios escalonados: Caracterizados por un inicio con drogas NO-CODAR y una duración de tres años o más entre el primer uso de drogas y al paso al uso inyectado (23.5%; n=262).

El modelo Cox que presento a continuación, permitirá construir un perfil más complejo de la transición al uso inyectado de drogas, al analizar el efecto conjunto de características contextuales (ciudad de residencia), características históricas (generación de nacimiento) y características de las biografías individuales (edad a la primera droga y tipo de droga de inicio) sobre la intensidad y el calendario a la primera droga inyectada.

4.5.6 Características asociadas a los calendarios de uso de drogas

Hasta ahora, el análisis descriptivo ha mostrado que, si bien hay una gran diversidad de trayectorias de uso de drogas entre los participantes en la encuesta, se observan ciertas tendencias en el orden que toman los eventos de acuerdo a la ciudad de residencia. En este apartado evalúo el

efecto conjunto de algunas características sociodemográficas y de las trayectorias de uso de drogas sobre el calendario al primer uso inyectado, mediante la estimación de un modelo Cox.

Analizar conjuntamente el efecto de las variables me permitirá probar la hipótesis de la puerta de entrada, que plantea que edades tempranas a la primera droga e iniciarse con una droga de mayor impacto, aumentan la probabilidad de vivir una transición temprana a la primera inyección. De manera alternativa, la hipótesis de los ambientes de riesgo propone que los contextos (ciudad, generación, escolaridad) y características de los sujetos al momento del primer uso de drogas (migración), median el impacto de los factores asociados al inicio de la trayectoria de uso sobre el calendario a la primera inyección.

cuadro 21. Efectos de las características sociodemográficas y de las trayectorias de uso de drogas sobre el calendario al primer uso de inyectado de drogas en varones que se inyectan drogas en Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez. México, 2012

	No uso de drogas – Primer uso inyectado de drogas (N=1,101)
Edad	0.96*** (0.95-0.98)
Generación	
Nacido a partir de 1980 (Ref)	1
Nacido antes de 1980	0.77 ** (0.63-0.95)
Ciudad de Residencia	
Tijuana (Ref)	1
Ciudad Juárez	Ns
Hermosillo	Ns
Migración	
Nació en la ciudad de residencia actual (Ref)	1
Nació en otra ciudad	Ns
Nivel de Escolaridad	
Menos de secundaria completa (Ref)	1
Secundaria completa o más	Ns
Tipo de trayectoria	
Edad tardía a la primera droga (Ref)	1
Edad temprana a la primera droga	1.54 *** (1.34-1.76)
Tipo de droga de inicio	
No CODAR (Ref)	1
CODAR	1.21 ** (1.02-1.42)

Notas: ***p< 0.001; **p< 0.05, intervalos de confianza al 95%.

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols
Funsalud- CISIDAT 2012

El cuadro 21 muestra que, en términos de generación, con cada año de aumento en la edad, el riesgo relativo de los usuarios de la generación mayor es 0.77 veces menos que el de aquellos de la generación menor (p<0.05).

Con respecto a las características asociadas a la trayectoria misma de uso de drogas, los resultados del modelo indican que el riesgo relativo de transitar al uso inyectado de drogas de

aquellos usuarios cuya primera droga fue CODAR, es 1.21 veces mayor que el de aquellos que se iniciaron con una droga NO-CODAR ($p<0.00$). Así mismo, el riesgo relativo de pasar al uso inyectado en aquellos que tuvieron un inicio temprano de uso de drogas es 54% mayor del referido para aquellos que tuvieron un inicio tardío ($p<0.05$).

Estos resultados apuntan a apoyar la hipótesis de la puerta de entrada, pues no sólo tiene el efecto esperado la edad de inicio a la primera droga, sino también el tipo de droga incide en las transiciones posteriores, en este caso, los datos sugieren que un uso temprano de drogas se asocia con un paso más temprano a la primera inyección y que iniciarse con una droga CODAR se asocia también a un calendario más temprano a la primera inyección.

Así, los sujetos que se encuentran en mayor riesgo relativo de transitar al uso inyectado de drogas son los más jóvenes, quienes iniciaron el uso de drogas a edades más tempranas y quienes se iniciaron con drogas de mayor impacto (CODAR).

Estos hallazgos parecieran indicar que más que la ciudad de residencia, el tipo de droga de inicio y la edad a la primera droga, son los factores que inciden con mayor peso en el calendario a la primera inyección. Veremos en el siguiente apartado si estos itinerarios tienen algún efecto en los comportamientos de riesgo al VIH.

Por ahora, el análisis de los calendarios de uso de drogas permite concluir los siguientes aspectos:

- Los participantes son significativamente diferentes de acuerdo a la ciudad de residencia actual, para la transición del no-uso de drogas a la primera droga, de modo que los usuarios de Tijuana tienen mayor probabilidad de reportar edades más tempranas de uso de drogas en comparación con las otras dos ciudades, pero los usuarios de Hermosillo tienen una mayor probabilidad de reportar una transición más acelerada a la primera droga CODAR en comparación con los usuarios de las otras ciudades, mientras que los de Ciudad Juárez tienen una mayor probabilidad de reportar una transición más acelerada al primer uso inyectado en comparación con los usuarios de las otras ciudades.
- El haberse iniciado con una droga CODAR es un factor que se asocia a una mayor velocidad de transición a drogas inyectadas.
- En términos de las edades a las cuales tienen lugar los eventos analizados, clasifiqué los itinerarios de uso de drogas en tempranos vs. tardíos. Los primeros se caracterizan por un inicio de uso de drogas antes de los 13 años. De acuerdo con esta definición, el 29.1%

(n=325) de la muestra se caracterizaría por tener un itinerario temprano de uso de drogas y el 70.9% restante (n=791) estarían reportando un itinerario tardío.

- En términos del tipo de drogas con las que se inicia la trayectoria, clasifiqué los itinerarios en escalonados vs. acelerados. Los acelerados serían aquellos que iniciaron la trayectoria de uso con drogas CODAR. De acuerdo a esta definición, el 16.4% de la muestra (n=181) tendría un itinerario acelerado y el 83.6% restante (n=925), tendría un itinerario escalonado.

Con estos elementos en mente, paso ahora a describir los comportamientos de riesgo al VIH que reportaron los encuestados, para posteriormente estimar aquellas características que se asocian a mayor probabilidad de reportar uso compartido de jeringas.

4.6 Prácticas de riesgo al VIH

Como planteé en el marco teórico cuando describí las formas de transmisión del VIH, la probabilidad de infectarse de VIH no se distribuye de manera homogénea entre las diversas vías de transmisión. La vía sanguínea es más efectiva y eficiente que la vía sexual. El uso receptivo de una jeringa contaminada con VIH y la práctica del *backloading* se asocian a una probabilidad de adquirir la infección de 90% y el compartir equipo de inyección se asocia con una probabilidad de infección del 70% (Bell y Treviño, 1999). Es por ello importante conocer las prácticas de riesgo en las que se involucran los participantes y los contextos en los que estas tienen lugar.

4.6.1 Prácticas de riesgo relacionadas con el uso inyectado de drogas

El cuadro 22 muestra las prácticas de riesgosas de inyección. En general, alrededor del 35% de los participantes reporta haber compartido jeringas en su última inyección o más de la mitad de las veces que se han inyectado en los doce meses previos; mientras que alrededor del 50% reporta haber compartido su equipo de inyección.

Al desagregar por ciudad de residencia, vemos que en Cd. Juárez los usuarios reportan mayor frecuencia de uso compartido de jeringas en comparación con Hermosillo y Tijuana⁸⁵ ($p<0.00$). El 44% reporta haber compartido su jeringa en la última inyección en Juárez, mientras en Hermosillo la proporción fue de 30% ($p<0.05$), no se levantó este indicador en Tijuana.

⁸⁵ Mientras en Juárez el 38.7% reporta haber compartido jeringas al menos la mitad de las veces, en Tijuana la proporción es del 34.0% y en Hermosillo de 33.8% ($p<0.000$).

Cuadro 22. Prácticas riesgosas de uso inyectado de drogas entre varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012

Prácticas de riesgo al VIH en los últimos 12 meses por uso inyectado de drogas	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1116)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=319;)	Hermosillo (n=360)	
Frecuencia de compartir una jeringa usada previamente por otra persona (%) ***				
Nunca	29.3	26.0	42.8	32.7
Menos de la mitad de las veces	40.0	35.1	30.3	35.5
La mitad de las veces	10.8	15.7	5.6	10.5
Más de la mitad de las veces	15.6	15.7	15.8	15.7
Siempre	4.3	7.5	5.6	5.6
Uso compartido de jeringa en ultima inyección (%)**				
Si	SD	42.0	29.7	35.5
No		58.0	70.3	64.5
Frecuencia de uso compartido de equipo de inyección (%) ***				
Nunca	34.2	27.0	29.0	30.4
Menos de la mitad de las veces	18.3	22.6	18.7	19.7
La mitad de las veces	19.3	11.0	7.0	12.9
Más de la mitad de las veces	16.1	15.0	24.8	18.6
Siempre	12.2	24.5	20.6	18.4
Uso compartido de equipo de inyección en ultima inyección (%) ***				
Si	SD	60.9	36.3	47.9
No		39.1	63.7	52.1
Frecuencia de uso de jeringa estéril (%) ***				
Nunca	3.2	1.9	3.1	2.8
Menos de la mitad de las veces	16.7	29.6	19.4	21.3
La mitad de las veces	28.7	24.2	11.0	21.7
Más de la mitad de las veces	29.8	31.1	40.7	33.7
Siempre	21.6	13.2	25.8	20.5
Frecuencia de backloading (%) ◇***				
Nunca	35.3	56.0	50.7	46.2
Menos de la mitad de las veces	26.4	22.2	18.9	22.8
La mitad de las veces	16.7	10.1	6.4	11.5
Más de la mitad de las veces	13.5	6.0	18.1	12.9
Siempre	8.0	5.7	5.8	6.7
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

◇ Backloading es la práctica usada para compartir dosis donde ésta es extraída a través de una jeringa, picando la jeringa cargada con la dosis.

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

En Tijuana los usuarios reportaron menor frecuencia de uso compartido de equipo de inyección (el 52.5% de los usuarios reportó haber compartido su equipo en menos de la mitad de las veces que se inyectó en los doce meses previos a la encuesta), en comparación con Cd. Juárez y Hermosillo donde reportan frecuencias similares (49.6% y 47.7% respectivamente) ($p < 0.00$).

Los usuarios de Juárez reportaron también usar jeringas estériles menos frecuentemente en comparación con los usuarios de Hermosillo y Tijuana ($p < 0.00$) y en consonancia, el 73% reportó usar en promedio la misma jeringa más de tres veces⁸⁶, mientras en Hermosillo la proporción fue de 57%. No se levantó este indicador en Tijuana.

La compra de drogas preparadas aparece como una práctica poco común en las tres ciudades, pues arriba del 92% de los usuarios reporta haberlo hecho nunca o menos de la mitad de las veces que se inyectó en los doce meses previos a la encuesta.

El *backloading* -que consiste en cargar la dosis en la jeringa propia picando la jeringa de otro- es reportada por el 64% de la población general. Se encuentran además diferencias estadísticamente significativas por ciudad, de modo que los usuarios de Tijuana y Hermosillo reportan haber realizado la práctica con mayor frecuencia que los usuarios de Cd. Juárez (38%, 31% y 25% respectivamente), lo que podría sugerir una dinámica más colectiva de uso de drogas inyectadas en las primeras ciudades en comparación con la última.

De otro lado, el 32.2% del total de varones encuestados reportó haber sido despojado de sus jeringas por parte de la policía. Strathdee y colaboradores (2012) encontraron para una muestra de PID de Tijuana, que el tener un estatus seropositivo se asociaba a haber sido detenido por la policía y haber sido despojado de sus jeringas estériles. Tijuana fue la ciudad donde los usuarios reportaron en menor proporción haber perdido sus jeringas por confiscación de la policía (11.4%) mientras que Juárez fue la ciudad donde se reportó esta situación en mayor proporción (40.3%). Es posible pensar que estos hallazgos se asocian a las consecuencias de la militarización de la que fue parte Ciudad Juárez entre 2006 y 2010. Si bien Tijuana también estuvo militarizada, desde 2011 organizaciones de la sociedad civil implementan proyectos de capacitación en reducción de

⁸⁶ Aunque el uso de la misma jeringa por la misma persona no genera un riesgo de infectarse por VIH, si genera lesiones tanto en la piel como en las venas, lo que contribuye al deterioro de las condiciones de salud de la población, mayor riesgo de contraer infecciones, mayor visibilización de la condición de inyector por las cicatrices que produce y, por tanto, mayor riesgo de ser objeto de estigma y discriminación.

daños y derechos humanos a policías⁸⁷, lo que podría explicar la baja prevalencia encontrada para este indicador en esta ciudad.

Al analizar estos indicadores por cohorte de nacimiento (cuadro 23), sólo encuentro estadísticamente significativa la diferencia en la frecuencia de uso compartido de equipo de inyección, en la cual el 54.6% los más jóvenes reportan haberlo compartido al menos la mitad de las veces, en contraste con el 46.8% de los mayores ($p < 0.000$). Para el resto de prácticas no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

⁸⁷ En 2011 AFABI A.C. con apoyo de CENSIDA implementó estas capacitaciones. En 2012, la organización SER A.C. también con apoyo de CENSIDA implementó estas capacitaciones e imprimió una cartilla de promoción de Derechos Humanos para PID y desde 2014 la Universidad de California en San Diego, implementa un programa de capacitación para integrar prevención de VIH y salud ocupacional con policías de Tijuana (Strathdee, Arredondo, Rocha y colaboradores, 2015). Se ha documentado que la participación de los policías en estos programas mejora sus actitudes hacia las intervenciones de reducción de daños y disminuyen significativamente la confiscación de jeringas entre PID (Beletsky, Mittal, Arredondo y colaboradores, 2016).

Cuadro 23. Prácticas de riesgo al VIH asociadas al uso inyectado de drogas entre varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Prácticas de riesgo al VIH en los últimos 12 meses por uso inyectado de drogas	Menores de 33 años (n=446)	33 ó más (n=670)	Todos (N=1116)
Frecuencia de compartir una jeringa usada previamente por otra persona (%)			
Nunca	31.4	33.6	32.7
Menos de la mitad de las veces	35.9	35.2	35.5
La mitad de las veces	9.2	11.3	10.5
Más de la mitad de las veces	16.6	15.1	15.7
Siempre	7.0	4.8	5.6
Uso compartido de jeringa en la última inyección (%)			
Si	35.7	35.4	35.5
No	64.3	64.6	64.5
Frecuencia de uso compartido de equipo de inyección (%)***			
Nunca	26.5	33.0	30.4
Menos de la mitad de las veces	18.9	20.2	19.7
La mitad de las veces	11.0	14.2	12.9
Más de la mitad de las veces	19.1	18.2	18.6
Siempre	24.5	14.3	18.4
Uso compartido de equipo de inyección (%)			
Si	45.6	50.1	47.9
No	54.4	49.9	52.1
Frecuencia de uso de jeringa estéril (%)			
Nunca	2.3	3.1	2.8
Menos de la mitad de las veces	23.5	19.8	21.3
La mitad de las veces	18.3	24.0	21.7
Más de la mitad de las veces	35.1	32.8	33.7
Siempre	20.8	20.4	20.5
Frecuencia de backloading ◇ (%)*			
Nunca	42.3	48.7	46.2
Menos de la mitad de las veces	24.3	21.7	22.8
La mitad de las veces	10.4	12.3	11.5
Más de la mitad de las veces	15.5	11.1	12.9
Siempre	7.4	6.1	6.7
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

◇ Backloading es la práctica usada para compartir dosis donde ésta es extraída a través de una jeringa, picando la jeringa cargada con la dosis

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

4.6.2 Prácticas de riesgo asociadas a prácticas sexuales

El cuadro 24 muestra la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo al VIH en cada ciudad de residencia. El primer dato relevante es que la mayoría de usuarios (76.5%) reportan ser sexualmente activos -es decir han tenido sexo alguna vez en los doce meses previos a la encuesta-, siendo mayor el porcentaje en Hermosillo (84.9%), seguido de Ciudad Juárez (73.4%) y finalmente Tijuana (71.9%) ($p<0.000$).

Con respecto al tipo de parejas sexuales que ha tenido en los doce meses previos a la encuesta, seis de cada diez usuarios sexualmente activos, ha tenido al menos una pareja estable, siendo significativamente ($p<0.000$) mayor la proporción en Hermosillo (73.0%), seguido de Tijuana (60.5%) y Ciudad Juárez aparece la ciudad con la proporción más baja (56.4%). Así mismo, casi la mitad de los usuarios reportan haber tenido al menos una pareja casual (47.4%), siendo de nuevo significativamente mayor la proporción en Hermosillo (60.9%; $p<0.000$), seguido de Ciudad Juárez (43.1%) y en menor medida Tijuana (39.4%). Adicionalmente, alrededor del 12% de la población general reporta haber tenido al menos una pareja sexual comercial en el periodo de estudio, sin que se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre ciudades (ver cuadro 24).

En Hermosillo, los usuarios reportan un número significativamente más alto de parejas sexuales (3.3; $p<0.05$) en comparación con Tijuana (2.4) y Ciudad Juárez (2.2), pero en Ciudad Juárez los usuarios reportaron significativamente ($p<0.05$) mayor número de parejas comerciales (3.1) en comparación con Hermosillo (2.0) y Tijuana (1.9).

Cuadro 24. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012.

Comportamientos sexuales	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Ha tenido relaciones sexuales en el último año (%) ***				
Si	71.9	73.4	84.9	76.5
No	28.1	26.6	15.1	23.5
Tipo de parejas sexuales que ha tenido en los últimos 12 meses (%)				
Ha tenido pareja regular ***	60.5	56.4	73.0	63.9
Tuvo pareja casual ***	39.4	43.1	60.9	47.4
Tuvo pareja comercial (%)	10.3	14.1	13.3	12.3
Parejas sexuales (promedio) en los últimos 12 meses				
Número de parejas casuales (promedio)**	2.4	2.2	3.3	2.7
Número de parejas comerciales (promedio) *	1.9	3.1	2.0	2.3
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Al analizar estas mismas prácticas sexuales por cohorte de nacimiento, el cuadro 25 indica que los jóvenes reportan significativamente en mayor proporción haber tenido relaciones sexuales durante los doce meses previos a la encuesta en comparación con los mayores (82.0% vs. 72.8%; $p < 0.00$), haber tenido al menos una pareja estable (73.2% vs. 57.0%; $p < 0.00$), al menos una pareja casual (55.3% vs. 42.2%; $p < 0.00$) y al menos una pareja comercial (16.3% vs. 9.7%; $p < 0.00$).

Cuadro 25. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Comportamientos sexuales	Menores de 33 años (n=447)	33 ó más (n=671)	Todos (N=1118)
Ha tenido relaciones sexuales en el último año (%) ***			
Si	82.0	72.8	76.5
No			
Tipo de parejas sexuales en los últimos 12 meses (%)			
Tuvo pareja estable ***	73.2	57.0	63.9
Tuvo pareja casual ***	55.3	42.2	47.4
Tuvo pareja comercial **	16.3	9.7	12.3
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses (promedio)			
Número promedio de parejas casuales **	3.0	2.4	2.7
Número promedio de parejas comerciales *	1.8	2.6	2.3
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

Con respecto al uso de condón con los diferentes tipos de parejas según la ciudad de residencia, el cuadro 26 indica que Hermosillo es la ciudad con menor prevalencia de uso de condón con todas las parejas sexuales.

En términos generales, el 69.2% los usuarios de Hermosillo reportaron haber usado condón al menos la mitad de las veces que tuvieron relaciones sexuales, mientras que en Ciudad Juárez la proporción fue de 83.6% (p<0.05). Así mismo, mientras el 59.4% de los usuarios de Hermosillo reportó haber usado condón la última vez que tuvo relaciones sexuales, la proporción en Ciudad Juárez es de 75.6% (p<0.05). La encuesta de Tijuana no levantó estos indicadores.

Al analizar el uso de condón por tipo de pareja sexual, vemos que los usuarios de Tijuana reportan significativamente (p<0.000) menor prevalencia de uso de condón con parejas casuales (el 34.3% reporta usarlo al menos la mitad de las veces que tuvo sexo con este tipo de parejas), seguido de Hermosillo (48.9%) y nuevamente es en Juárez donde se observa mayor prevalencia de uso de condón con parejas casuales (53% reporta haberlo usado al menos la mitad de las veces que tuvo sexo con este tipo de parejas.)

La misma situación se repite con las parejas comerciales. Tijuana es la ciudad donde los usuarios reportan menor prevalencia de uso de condón (13.6% la mitad de las veces o más),

seguido de Hermosillo (43.8%) y en Ciudad Juárez los usuarios reportan mayor prevalencia de uso de condón con parejas comerciales (45.7% en al menos la mitad de las veces que tuvo sexo con este tipo de parejas) ($p < 0.05$).

Cuadro 26. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según ciudad de residencia. México, 2012.

Uso de condón en los últimos 6 meses	Distribución de individuos por ciudad			Todos (N=1118)
	Tijuana (n=437)	Cd. Juárez (n=320)	Hermosillo (n=361)	
Frecuencia de uso de condón (%)**				
Nunca		1.1	2.9	2.3
Menos de la mitad de las veces		15.4	27.9	23.6
La mitad de las veces	SD	24.2	12.2	16.3
Más de la mitad de las veces		19.8	32.6	28.1
Siempre		39.6	24.4	29.7
La última vez que tuvo relaciones sexuales usó condón (%)**	SD	75.6	59.4	65.0
Frecuencia de uso de condón con parejas casuales (%)***				
Nunca	50.6	33.8	34.7	39.7
Menos de la mitad de las veces	15.1	13.2	16.4	15.2
La mitad de las veces	4.1	14.7	5.9	7.6
Más de la mitad de las veces	4.7	8.8	13.2	9.3
Siempre	25.6	29.4	29.7	28.3
Frecuencia de uso de condón con parejas comerciales (%)**				
Nunca	77.3	32.6	45.8	51.4
Menos de la mitad de las veces	9.1	21.7	10.4	13.8
La mitad de las veces	2.3	17.4	6.3	8.7
Más de la mitad de las veces	0.0	4.3	8.3	4.3
Siempre	11.4	23.9	29.2	21.7
Distribución	100%	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia *** $p < 0.000$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

El análisis comparativo entre generaciones del cuadro 27, nos muestra que los jóvenes reportan menos uso de condón que los usuarios mayores. Así, en la pregunta general sobre la

frecuencia de uso de condón en los últimos 12 meses, mientras el 78.3% de los usuarios mayores reportó haber usado condón en al menos la mitad de las veces, la proporción es de 71.3% para los más jóvenes ($p<0.05$). Mientras el 75.2% de los usuarios de la generación mayor reportó haber usado condón en su última relación sexual, la proporción es de 58.1% en los más jóvenes ($p<0.05$).

Los diferenciales se mantienen segmentando por tipo de pareja sexual, de modo tal que, para la pareja casual, el 46.2% de los usuarios mayores reportó haber usado condón en al menos la mitad de las veces que tuvieron relaciones sexuales con estas parejas, mientras que la prevalencia fue de 43.9% en los menores ($p<0.05$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre generaciones en las prevalencias de uso de condón con para parejas comerciales.

En conclusión, los datos muestran que ser joven y vivir en Hermosillo aparecen como las características asociadas a mayor presencia de comportamientos sexuales de riesgo (mayor número de parejas y menor uso de condón).

Cuadro 27. Comportamientos sexuales seleccionados entre varones usuarios de drogas inyectadas según cohorte de nacimiento. México, 2012

Uso de condón en los últimos 6 meses	Menores de 33 años (n=447)	33 ó más (n=671)	Todos (N=1118)
Frecuencia de uso de condón (%)**^			
Nunca	3.2	0.9	2.3
Menos de la mitad de las veces	25.5	20.8	23.6
La mitad de las veces	14.6	18.9	16.3
Más de la mitad de las veces	33.1	20.8	28.1
Siempre	23.6	38.7	29.7
La última vez que tuvo relaciones sexuales usó condón (%) **^			
	58.1	75.2	65.0
Frecuencia de uso de condón con parejas casuales (%) **			
Nunca	35.8	43.1	39.7
Menos de la mitad de las veces	20.3	10.7	15.2
La mitad de las veces	7.3	7.8	7.6
Más de la mitad de las veces	11.0	7.8	9.3
Siempre	25.6	30.6	28.3
Frecuencia de uso de condón con parejas comerciales (%)			
Nunca	48.6	54.5	51.4
Menos de la mitad de las veces	18.1	9.1	13.8
La mitad de las veces	4.2	13.6	8.7
Más de la mitad de las veces	5.6	3.0	4.3
Siempre	23.6	19.7	21.7
Distribución	100%	100%	100%

Notas: Diferencias significativas por ciudad de residencia ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1

^No incluye los casos de Tijuana pues no se levantó esta pregunta

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

4.6.3 Tipos de transiciones y Comportamientos de Riesgo asociados al uso inyectado de drogas
Hasta el momento he descrito los calendarios para los tres eventos que marcan los itinerarios de uso de drogas de los participantes de este estudio: Primer uso de drogas, primer uso

de drogas CODAR y primer uso inyectado. El análisis de sobrevivencia mostró la importancia que tienen las edades de inicio de drogas en la edad del paso al uso inyectado. Así mismo, he descrito los diferenciales en los calendarios encontrados en los participantes según ciudad de residencia y generación, siendo los usuarios de Hermosillo y los de generación más reciente, aquellos con transiciones aceleradas, mientras los de Tijuana presentaron transiciones tempranas. Para explicar estos diferenciales, planteé cómo las diferencias en los mercados locales de drogas y los cambios en las dinámicas de compra-venta-uso de drogas específicas de cada ciudad, se pueden asociar a los diferentes itinerarios encontrados y las preferencias en los tipos de droga.

En la sección anterior describí la prevalencia de prácticas de riesgo al VIH reportadas por los encuestados. Encontré que ser de la generación más reciente es una característica asociada a mayores prácticas de riesgo. Así mismo, los usuarios de Ciudad Juárez fueron aquellos que reportaron mayor prevalencia de prácticas de riesgos asociados al uso inyectado de drogas, mientras que los de Hermosillo reportaron mayor prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo. Expliqué estos diferenciales a partir de una reflexión sobre las diferencias de cada ciudad en términos de oferta de servicios de reducción de daños y las prácticas policiales desplegadas.

Para cerrar el análisis cuantitativo, en esta sección busco profundizar en las características que se asocian a mayor probabilidad de compartir jeringas, integrando en el análisis los elementos que he venido describiendo: Los tipos de itinerarios de uso de drogas, las características institucionales de cada ciudad y las condiciones de compra venta-uso de drogas.

Para ello, ajusté un modelo de regresión logística para identificar características asociadas al uso compartido de jeringas, que se ha asociado a una mayor posibilidad de transmisión del VIH. Decidí no estimar modelos para el uso/no-uso de condón, pues la encuesta no levantó información sobre la experiencia sexual previa (por ejemplo, edad a la primera relación sexual o uso de condón en la primera relación sexual) ni sobre las características de las parejas sexuales, que permitirían contextualizar el entorno relacional en el cual tuvo lugar el uso/ no-uso de condón, elemento fundamental para comprender las racionalidades detrás del denominado comportamiento de riesgo, tal cual lo plantean Juárez y Castro (2009), “El que una persona utilice o no protección anticonceptiva está influido por el tipo de relación que sostiene, por las diversas formas de percepción y de adaptación al riesgo, y por su biografía sexual y de pareja previa” (Juárez & Castro Martín, 2009:154).

Como especifiqué en el capítulo metodológico, la variable dependiente es uso compartido de jeringas al menos una vez en los doce meses previos a la encuesta, de modo que cero significa que nunca ha tenido tal práctica y uno indica que el usuario reportó haber compartido su jeringa al menos una vez. Organicé las variables independientes que correspondían a los diferentes niveles planteados por la perspectiva de ambientes de riesgo. El diagrama 3 (página 61) en el capítulo metodológico, muestra la relación de las variables independientes y su pertenencia a cada uno de los niveles y dimensiones de influencia propuestos por el marco de los ambientes de riesgo. El cuadro 28 muestra los resultados del modelo.

Los participantes de la generación anterior (usuarios actualmente de edad avanzada) tienen una menor probabilidad (55% menor) de haber compartido jeringas en el último año en comparación con los usuarios de generaciones más recientes (usuarios actualmente jóvenes) ($p<0.05$). Es posible que ello se asocie a las diferencias generacionales observadas en las dinámicas de uso de drogas. Por ejemplo, vimos que los más jóvenes usaban en mayor proporción metanfetaminas y diversos estudios han mostrado una asociación entre el uso de esta droga y mayor propensión a realizar prácticas de riesgo (Degenhardt, Et. Al., 2010).

En términos de la ciudad de residencia, los resultados del modelo indican que no hay diferencias significativas en las probabilidades de compartir jeringas entre los usuarios de Ciudad Juárez y los de Tijuana, pero en contraste, aquellos de Hermosillo, tienen 53% menor probabilidad de compartir jeringas que los usuarios de Tijuana ($p<0.05$). Este hallazgo resulta muy interesante, dado que la prevalencia de VIH entre PID es mayor en Hermosillo que en Tijuana, lo que me lleva a pensar en la vía principal de transmisión del virus en esta ciudad, ¿se da más por la vía sexual que por la vía inyectada?, o bien, ¿la mayor transmisión se asocia al mayor uso de metanfetaminas?⁸⁸- y cómo operarían otros factores contextuales como la mayor presencia de heroína blanca en esta ciudad en comparación con las otras. Conviene también preguntarse, que características contextuales de Hermosillo favorecen el uso no-compartido de jeringas. La exploración cualitativa permitirá tener una mayor comprensión al respecto.

⁸⁸ Diversos estudios han mostrado que el uso de cocaína o metanfetamina inyectados se asocia a mayor prevalencia de VIH entre PID, que entre los usuarios crónicos de heroína. Los estudios muestran que esta mayor prevalencia de VIH se debe a que mientras los usuarios de heroína suelen inyectarse en solitario, los de cocaína y metanfetamina se inyectan en grupo y múltiples veces, en el contexto de “atracones” de drogas (*binge parties*) (Degenhardt, Et. Al., 2010)

Cuadro 28. Razones de momios (e intervalos de confianza al 95%) del análisis de regresión logística para la probabilidad de haber compartido jeringas en el último año. Varones que se inyectan drogas en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo. México, 2012.

Características (N=928)	Razones de momios ajustadas (intervalos de confianza al 95%)
Variables de control	
Edad	Ns.
Escolaridad	
Secundaria incompleta o menos (Ref)	1.00
Secundaria completa o más	Ns.
Migración	
Nació en la ciudad de residencia actual (Ref)	1.00
Vive en una ciudad distinta a la de nacimiento	Ns.
Variables Explicativas	
Generación	
Nacido a partir de 1980 (Ref)	1.00
Nacido antes de 1980	0.55 ** (0.33-0.93)
Ciudad de residencia	
Tijuana (Ref)	1.00
Cd. Juárez	Ns.
Hermosillo	0.53 ** (0.31-0.91)
Tipo de trayectoria	
Inicio tardío (Ref)	1.00
Inicio temprano	Ns.
Primera droga NO-CODAR (Ref)	1.00
Primera droga CODAR	Ns.
Características del primer uso inyectado	
Alguien lo inyectó la primera vez (Ref)	1.00
Se inyectó solo la primera vez	0.45 *** (0.30-0.65)
Condiciones actuales de inyección	
Frecuencia de inyección	
Se inyecta menos de 1 vez al día (Ref.)	1
Se inyecta 1 vez al día o más	1.89 ** (1.24-2.87)
Lugar de inyección	
Nunca se ha inyectado en picaderos (Ref.)	1
Se ha inyectado en picaderos en los últimos 12 meses	Ns.
Otros comportamientos de riesgo	
No ha tenido pareja comercial/transaccional (Ref.)	1
Ha tenido pareja comercial/transaccional en los últimos 12 meses	2.75 *** (1.89-3.99)
Contexto político-institucional	
La policía le ha confiscado jeringas nuevas en los últimos 12 meses	

No (Ref)	1
Si	1.81** (1.28-2.56)
Ha participado en intervención de RD en los 12 meses previos	
No (Ref)	1
Si	1.49** (1.06-2.08)
Percepción de disponibilidad de jeringas	
Fácil o muy fácil (Ref)	1.00
Difícil o muy difícil	1.88** (1.28-2.75)

Notas: ***p <0.000; ** p <0.05; * p <0.1; ns: No significativa

Fuente: Cálculos propios con base en la encuesta de diagnóstico situacional, población PID en México. Magis y cols Funsalud- CISIDAT 2012

En relación a las trayectorias de uso de drogas, no se encuentran efectos significativos del tipo de trayectorias como las he definido aquí sobre la probabilidad de compartir jeringas. Esto podría indicar, que, al incluir variables contextuales en el análisis, la importancia de los calendarios se relativiza en relación con su efecto sobre comportamientos de riesgo actuales, tal como lo plantea la perspectiva de los ambientes de riesgo.

Sin embargo, las condiciones de inicio si tienen un efecto importante sobre esta práctica, de modo que aquellos participantes que reportaron haber sido inyectados por otra persona en su primera inyección, tienen 55% mayor probabilidad de haber compartido jeringas en los doce meses, en comparación con aquellos que se inyectaron a sí mismos. Este hallazgo podría leerse de manera equivalente a la importancia que tienen las características de la primera relación sexual sobre el uso de condón (Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L., & Magis, C., 2003), de modo que las primeras experiencias ayudan a conformar hábitos en relación con las prácticas de uso de drogas. Es posible pensar que el primer uso en solitario o de no compartir jeringas, devenga en una preferencia por uso solitario de drogas inyectadas o una preferencia por no compartir jeringas a lo largo de su vida y de ahí la menor probabilidad de compartir jeringas.

Las características actuales de uso de drogas, son las variables con los pesos más importantes en la probabilidad de compartir jeringas. Así, el modelo indica que aquellos participantes que se inyectan drogas más de una vez al día cada día, tienen 1.89 veces más probabilidad de compartir jeringas de aquellos que se inyectan menos de una vez al día. Esto posiblemente está relacionado con una mayor exposición de riesgos y daños a la salud por parte de los usuarios crónicos de drogas, quienes también suelen experimentar mayor estigma y discriminación y menor acceso a servicios de salud y por tanto a jeringas estériles. El análisis cualitativo brindará pistas para comprender mejor los estilos de vida de estos inyectores más

asiduos y cómo esos estilos de vida conllevan a mayores prácticas de riesgo incluidas el uso compartido de jeringas y el sexo transaccional y/o comercial.

A propósito de la relación entre prácticas sexuales de riesgo y prácticas riesgosas de inyección, el modelo muestra que aquellos usuarios que reportaron haber tenido sexo transaccional y/o comercial, tienen 2.75 veces mayor probabilidad de haber compartido jeringas en comparación con aquellos que no reportan este tipo de pareja. Este grupo representa el 12.3% de los usuarios, conformando un subgrupo de aquellos que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad dentro una población ya de por sí vulnerable. Este hallazgo es muy relevante, en tanto indica la multiplicación de los riesgos y las posibles vías en las que la epidemia se difunde, dada la baja prevalencia de uso de condón con parejas comerciales reportada por los encuestados.

En términos del contexto político institucional, encuentro que la mayor probabilidad de compartir jeringas se ubica en aquellos sujetos que tienen menor percepción de disponibilidad de las mismas, que han sido objeto de confiscación de jeringas por parte de la policía o que han participado en actividades de reducción de daños. Aquellos usuarios que reportaron haber sufrido confiscación de jeringas por parte de la policía, tienen 81% mayor probabilidad de haber compartido jeringas en comparación con aquellos que no sufrieron este acoso. Como mencioné anteriormente, es posible pensar que esta práctica policial se asocie con los altos niveles de violencia desplegada por las fuerzas armadas y la crisis humanitaria generada especialmente en Ciudad Juárez cuando en 2006, se puso en marcha en esta ciudad la 'guerra contra las drogas' (Grillo, 2011). Así, la presencia de militares entrenados para encontrar narcotraficantes expone a las PID a niveles más altos de acoso y la posibilidad de violaciones de los derechos humanos, incluido el derecho a la libre movilización y el acceso a jeringas estériles. Este hallazgo muestra cómo las políticas de seguridad pública tienen un efecto directo sobre las condiciones de salud de la población PID y por lo tanto, evidencia la necesidad de plantear conjuntamente políticas de seguridad y salud frente al problema de las drogas.

La percepción de disponibilidad de jeringas por su parte, es un proxy del mayor o menor nivel de acceso de la población a servicios de salud. Los resultados muestran que aquellos usuarios con menor percepción de disponibilidad de jeringas tienen 1.88 veces los momios de compartir jeringas de aquellos con una percepción favorable de disponibilidad. Ello refuerza la importancia de promover programas de intercambio de jeringas en los lugares de encuentro de la población. En este sentido, es posible esperar que la finalización del Proyecto del Fondo Mundial y la

consecuente disminución del 80% en el volumen de jeringas distribuidas entre PID (CENSIDA, 2015), tenga un efecto negativo en las prácticas de riesgo de esta población.

El hallazgo de que aquellos usuarios que han participado en intervenciones de reducción de daño, tengan mayor probabilidad de compartir jeringas que aquellos que no se han beneficiado de estas actividades (OR:1.49), aunque es contra-intuitivo, es posible pensar que los usuarios más vulnerabilizados, que son en últimas quienes tienen mayor probabilidad de compartir jeringas, son quienes a su vez, tienen mayor probabilidad de ser alcanzados por este tipo de intervenciones.

Resumiendo, los usuarios que tienen mayor probabilidad compartir jeringas son aquellos nacidos a partir de 1980, residentes en Tijuana, a quienes alguien les inyectó en su primera experiencia con drogas inyectadas, que se inyectan más de una vez al día cada día, que han tenido parejas sexuales comerciales o transaccionales, a quienes la policía les ha confiscado una jeringa al menos una vez en el último año, quienes perciben que es difícil o muy difícil conseguir jeringas nuevas y quienes han participado en actividades de reducción de daños. Esta es pues la población más vulnerable al VIH dentro del grupo de PID encuestados en este estudio.

En general, estos hallazgos son consistentes con la perspectiva del curso de vida, que subraya la importancia que tienen las experiencias previas en los comportamientos actuales, sin embargo, los hallazgos también evidencian la importancia que tienen las variables contextuales y estructurales en los comportamientos individuales, lo que permite pensar como los ambientes de riesgo tienen la capacidad de potenciar o mitigar los efectos de las historias individuales.

4.7 Consideraciones finales

El análisis cuantitativo de la encuesta permitió identificar las siguientes tendencias:

- Existen perfiles de usuarios por ciudad:
 - Los usuarios de Hermosillo son significativamente más jóvenes, más educados, con mayores ingresos y con mayor proporción de empleos formales en comparación con los usuarios de las otras ciudades. Los usuarios de Tijuana se caracterizan especialmente por tener una alta prevalencia de experiencia migratoria.
 - En términos de las dinámicas actuales de uso de drogas, los usuarios de Hermosillo reportan en mayor proporción usar cocaína y metanfetaminas, mientras que los usuarios de Ciudad Juárez son en mayor proporción monousuarios de heroína. Así mismo, los usuarios de Hermosillo reportaron menor frecuencia de uso inyectado

de drogas en comparación con las otras ciudades donde la mayoría reportó inyectarse una vez al día cada día.

- Con respecto a las trayectorias de uso de drogas, los usuarios de Hermosillo reportan en mayor proporción itinerarios acelerados, de inicio tardío, mientras que los usuarios de Tijuana reportan inicio temprano de uso de drogas, pero itinerarios escalonados de paso a drogas de mayor impacto.

Estos perfiles de usuarios, se corresponden con las dinámicas particulares que toma la compra-venta-uso de drogas en cada ciudad:

- Tijuana y Ciudad Juárez, ambas con un mercado de drogas de vieja data, lo que puede dar cuenta de los itinerarios más escalonados y tempranos encontrados. La primera, pionera en la estrategia de venta de drogas a través de tienditas, que no sólo inundaron los barrios de drogas, sino que los convirtió en bastiones de las organizaciones del crimen organizado para el control del territorio y espacios de confrontación entre organizaciones y entre éstas y las fuerzas de seguridad del Estado.

Tijuana se convirtió en escenario de violentas confrontaciones entre diferentes carteles desde 1990 y hasta 2007, cuando fue controlada por el cartel de Sinaloa, quienes dominan el tráfico de metanfetaminas y de heroína proveniente de Colombia con destino a Estados Unidos. Este monopolio sobre el mercado local de drogas, ha favorecido, no sólo menores niveles de violencia desde entonces, sino también mayor autonomía en los distribuidores de drogas, lo que a su vez ha secundado la mayor disponibilidad de variedades de drogas y menor persecución de los usuarios (Durán-Martínez, 2015).

Ciudad Juárez por su parte, se ha visto sitiada desde 2007 por la violencia desplegada tanto por las organizaciones del crimen organizado que se disputan su control, como por la presencia de militares y federales que intentan pacificarla. Estas disputas no sólo han generado un aumento en los niveles de violencia en la ciudad, sino que han generado mayor control de los mecanismos de compra-venta-uso de drogas, lo que explicaría la ausencia de metanfetaminas y la mayor preferencia por el uso solitario.

Hermosillo, cobra importancia recientemente en la geografía del tráfico de drogas, por ser un paso obligado entre el Océano Pacífico y Phoenix y por las fracturas al interior del cartel de Sinaloa, lo que ha generado que brazos armados otrora al servicio de cartel, pasen a intentar

controlar el territorio, aumentando la oferta de drogas en el mercado local y generando estrategias de control en los barrios. Ello se puede asociar a la mayor oferta de metanfetaminas y heroína blanca encontrada, dirigida especialmente a usuarios jóvenes que transitan más rápidamente al uso inyectado.

- Con respecto a los comportamientos de riesgo al VIH, los usuarios de Ciudad Juárez reportaron la más alta proporción de uso compartido de jeringas y equipos de inyección, mientras que los de Hermosillo reportaron las menores proporciones. Sin embargo, los usuarios de Ciudad Juárez reportaron la mayor prevalencia de uso de condón y Hermosillo la menor.

Estos diferenciales se pueden asociar a las distintas condiciones institucionales que se viven en cada ciudad. Específicamente, a la oferta de servicios de reducción de daños y las prácticas policiales diferentes que marcan una relación distinta con los usuarios. Mientras Tijuana y Ciudad Juárez se caracterizan por tener una larga historia de intervenciones de reducción de daños, que se han ido consolidando en el tiempo y articulando a la oferta de servicios coordinados por las jurisdicciones estatales de VIH, en Hermosillo estas intervenciones son recientes, no han sido constantes en el tiempo ni se han articulado a los servicios de prevención de VIH y de atención en adicciones que brinda la Secretaría de Salud.

Así mismo, Ciudad Juárez y Tijuana han sido militarizadas en el contexto de la guerra contra las drogas y como consecuencia, los usuarios se han visto criminalizados y expuestos a mayor acoso policial. Sin embargo, en los últimos años en Tijuana se han promovido estrategias de educación de policías en Derechos Humanos y reducción de daños, lo que podría explicar el menor acoso reportado en los usuarios de esta ciudad en comparación con las otras.

- También se encontraron perfiles diferenciados por generación. Los usuarios más jóvenes reportaron ingresos mayores, mayor escolaridad y mayor proporción de trabajos formales en comparación con los de generación mayor. Así mismo, los usuarios más jóvenes reportaron en mayor proporción que los mayores ser poliusuarios de drogas y usar en mayor proporción metanfetaminas; mientras que los mayores reportaron mayor prevalencia de uso de heroína. En términos de las trayectorias de uso de drogas, los usuarios más jóvenes presentaron en mayor proporción itinerarios tempranos y acelerados en

comparación con los mayores. En términos de comportamientos sexuales de riesgo al VIH, los usuarios más jóvenes reportaron menor uso de condón y mayor número de parejas sexuales que los usuarios mayores y no se encontraron diferencias significativas en las prácticas riesgosas de inyección.

- El análisis del calendario mostró que, en concordancia con la hipótesis de la puerta de entrada, edades tempranas a la primera droga se asocian a transiciones tempranas a drogas CODAR y a la primera inyección, subrayando así la importancia que tienen los eventos tempranos en el curso de vida individual.
- El análisis logístico mostró la importancia juegan variables contextuales de nivel meso como la oferta de jeringas y las prácticas policiales en la probabilidad de compartir jeringas. Así mismo, los contextos micro de iniciación en el uso de drogas inyectadas y de uso actual de drogas inyectadas aparecieron como co-factores asociados a la probabilidad de compartir jeringas.

De esta manera, el análisis cuantitativo permite esbozar de manera muy general como los comportamientos de riesgo al VIH no sólo se explican por variables individuales, sino que las lógicas de los mercados locales de drogas y las intervenciones del estado en el ámbito de la salud pública y la seguridad, tienen repercusiones al respecto. En ese sentido, garantizar el derecho a la salud de la población de PID en la frontera norte, pasa por considerar el necesario diálogo entre instituciones de seguridad y salud y plantear políticas y programas conjuntos. No podemos seguir formulando estrategias de seguridad que atenten contra la vida, la salud y la dignidad de los usuarios de drogas. Tampoco tiene sentido, diseñar programas de prevención del VIH y de las adicciones que omitan cómo el contexto de seguridad y de mercado de drogas generan unos ambientes de riesgo que incrementan las vulnerabilidades de los usuarios.

Dado el menor volumen de información disponible para Hermosillo y que los usuarios de esta ciudad presentaron una mayor prevalencia de VIH, transiciones más aceleradas al uso inyectado de drogas, y mayor prevalencia de comportamientos de riesgo, así como importantes diferencias generacionales que no se encontraron para Ciudad Juárez y Tijuana, consideré necesario recoger información cualitativa que me permitiera comprender los contextos en los que estas prácticas tienen lugar y las transformaciones históricas y sociales que – de acuerdo a las narrativas de los mismos usuarios y algunos actores institucionales – han tenido lugar en esta ciudad en las últimas

cuatro décadas en relación con el uso de drogas en general y el uso inyectado en particular. Este es el análisis cualitativo que presento a continuación.

5. Hallazgos Cualitativos.

Desde la aproximación sociocultural que propongo para estudiar la relación entre el VIH y el uso inyectado de drogas, he descrito la necesidad de reconocer las complejidades de la relación sustancia – sujeto – contexto, y cómo esta relación se construye a lo largo de la biografía de los usuarios de drogas. Estas biografías están a su vez inmersas en la historia social de los barrios y la ciudad donde nacieron y crecieron los participantes. Particularmente, la necesidad de detectar los mecanismos socio-históricos responsables de ciertos procesos es, en palabras de Bourdieu (2000:8), “devolverle a la acción histórica lo negado por una visión esencialista”.

Es por ello que, antes del análisis de las entrevistas en profundidad y de los relatos extensos, hago énfasis en describir -en la medida de lo posible- los procesos y contextos en los que se construye tal relación sustancia–sujeto-contexto, para que, al momento de presentar los relatos, el lector tenga elementos que le permitan comprender las características, procesos y contextos que favorecieron la conformación de estos estilos de vida⁸⁹ donde el uso de drogas se torna central y que van a generar ambientes de riesgo⁹⁰ al VIH.

Hasta ahora, el análisis cuantitativo de la encuesta permitió identificar que los usuarios de Hermosillo reportan prácticas de uso de drogas significativamente distintas a las reportadas por los usuarios de Ciudad Juárez y Tijuana. Los hallazgos sugieren además que las diferencias generacionales son especialmente importantes en Hermosillo, mucho más que en las otras dos ciudades. Así mismo, el análisis cuantitativo mostró pertenecer a la generación más joven, vivir en Hermosillo, haber nacido en la ciudad de residencia actual y tener un calendario temprano de uso de la primera droga ilegal, son características asociadas a una mayor probabilidad de vivir una transición rápida al uso inyectado de drogas. A través del análisis cuantitativo, pudimos identificar que las características asociadas a una mayor probabilidad de haber compartido una jeringa alguna vez en los seis meses previos a la encuesta son ser de la generación más joven, vivir en Tijuana, haber sido inyectado por alguien la primera vez, inyectarse más frecuentemente, haber sido objeto

⁸⁹ Definidos como “patrones culturales y hábitos, contruidos en función de la pertenencia de los sujetos a un sector social determinado y ejercitado en la vida cotidiana, personal y colectiva, construida histórica y espacialmente. El concepto de estilo de vida nos permite, a partir de las dimensiones materiales y simbólicas del grupo social de pertenencia, articular relaciones entre características macro (estructura social), características intermedias (de los grupos sociales en cuestión, como la familia, las relaciones de pareja, el sector socioeconómico, el barrio o vecindario y el grupo de pares) y características micro (comportamientos de los sujetos, emociones que expresan y significados que les atribuyen a sus acciones)” (Menéndez, 1998:48).

⁹⁰ Entendidos como “el espacio físico y social en el cual interactúan una variedad de factores para incrementar la propensión del riesgo asociado al uso de drogas” (Rhodes, 2002:88).

de confiscación de jeringas por parte de la policía y tener baja percepción de disponibilidad de jeringas.

Aunque encontré que los usuarios de Hermosillo tienen menor probabilidad de haber compartido jeringas en comparación con los usuarios de Tijuana, presentan una prevalencia de VIH más alta que estos últimos (5.2% vs. 4.2%), aunque menor que la prevalencia encontrada en los usuarios de Ciudad Juárez (7.7%). Llama la atención este diferencial de la prevalencia de VIH entre Tijuana y Hermosillo, en tanto Hermosillo no es un municipio fronterizo con Estados Unidos y no recibe deportados como Tijuana.

Fueron estas diferencias epidemiológicas, geográficas, generacionales y contextuales lo que avivó mi interés en profundizar en las experiencias de vida de los usuarios de Hermosillo a modo de estudio de caso, para desde allí, comprender los diferenciales encontrados.

Para acercarme a construir una mirada comprehensiva de los procesos y trayectorias, las diferencias generacionales y la relación entre sustancia-sujeto y contexto, en el análisis cualitativo me propongo comprender cómo viven las transiciones de uso de drogas un grupo de hombres inyectores, cómo significan el uso que hacen de las drogas, cómo es el contexto sociocultural en el que se socializaron, cuáles son los hábitos y estilos de vida de sus grupos de pertenencia, cómo responde el Estado y la sociedad civil al fenómeno de uso de drogas y VIH en la ciudad, y qué elementos de sus trayectorias de vida y sus narraciones subjetivas podrían ayudar a entender las diferencias en la prevalencia del VIH encontrada en los usuarios de Hermosillo en comparación con los de Tijuana y Ciudad Juárez.

En el análisis de la relación entre riesgo a la infección por VIH y uso inyectado de drogas a través de los relatos biográficos contruidos y las trayectorias, busco visibilizar el papel que juegan las condiciones estructurales de vida de los narradores en la configuración de sus trayectorias de uso de drogas, los riesgos que enfrentan en cada momento de ellas y sus maneras particulares de enfrentarlos. Recuperando - como dice Menéndez (1998)–, la historia de causalidades y procesos sociales y culturales que permiten entender las características que toman el uso inyectado de drogas y el VIH en esta ciudad en particular.

En este sentido, es de particular importancia para el análisis narrativo reconstruir el contexto y el grupo de referencia de los narradores, pues es a partir de allí que se puede descentrar la reflexión del plano individual, para comprender cómo el uso inyectado de drogas se instituye en una práctica social en distintas generaciones de usuarios, cómo se configuran los estilos de vida

alrededor de esta práctica y los ambientes de riesgo a los que se enfrentan los usuarios en cada tiempo social.

Atendiendo a ello, en esta primera parte del de análisis cualitativo, presento una síntesis sobre el contexto socioeconómico de Sonora desde 1940 hasta 2010, que busca reconstruir el escenario en el cual los narradores desarrollan su vida, así como las transformaciones económicas y sociales que se fueron viviendo en la ciudad y que transformaron no sólo la vida en el barrio, sino también las formas de socialización y los vínculos en su interior.

Posteriormente, presento un segundo apartado elaborado a partir de una revisión documental y de entrevistas a actores institucionales locales. En esta segunda parte narro una breve cronología de la atención institucional al VIH y al uso de drogas en Hermosillo. Este relato, apunta a tener en cuenta cómo y cuándo se van construyendo discursos públicos frente a la relación VIH – uso de drogas y cómo el Estado y la sociedad civil Hermosillense responden a los retos que esta relación plantea. Esta cronología permite, además, entender cómo los discursos institucionales en torno al VIH y al uso de drogas van permeando las representaciones y prácticas de los habitantes de Hermosillo frente a ambos temas de salud, lo que tendrá un efecto en la vivencia de los narradores frente a su uso de drogas, su percepción de riesgo frente al VIH y sus discursos frente al VIH.

5.1 Panorama socioeconómico: Hermosillo, Sonora, 1940 – 2010

Sonora ingresa al siglo XX con la base para el desarrollo de una economía agrocomercial exportadora. Desde finales del siglo XIX el Porfiriato impulsó la agricultura capitalista para exportación y la minería mediante la inversión extranjera, la concesión de tierras y la construcción del ferrocarril del Pacífico, así como la migración de colonos blancos que se convertirían en la élite sonorenses a mediados del siglo XX⁹¹.

Para ello, se hizo imperativo pacificar el conflicto con los Yaquis - quienes habían estado en revuelta desde la colonia -. Entre 1902 y 1908 se implementó en el estado la política de deportación de Yaquis hacia el centro y sur de México⁹², lo que facilitó la expropiación y posterior concesión de tierras, que será uno de los conflictos nodales del modelo de desarrollo Sonorense y es clave

⁹¹ “Durante el Porfiriato se concesionaron 2,624,974 hectáreas a 81 propietarios, 17 millones de hectáreas fueron concesionadas a un solo propietario” (Sanderson, 1981:43)

⁹² “Entre 1903 y 1907, el gobernador Rafael Izábal informó que había deportado personalmente a unos dos mil Yaquis” (Hu Dehart, 1988:155)

para comprender las peculiaridades que toma la desigualdad en el estado y en Hermosillo en particular. En Sonora, la revolución no supuso el fin de la gran propiedad, sobretodo, si hacía parte de la agricultura comercial exportadora. Sólo durante el cardenismo la reforma agraria estuvo orientada a la repartición de tierras ejidales a campesinos e indígenas, sin embargo, - como narro más adelante - durante la década del cuarenta, la falta de apoyo a las tierras ejidales⁹³ terminaron por devolver una gran proporción de ellas a los grandes propietarios.

Ahora bien, más que hacer una apología a la pobreza o defender la hipótesis de la asociación entre pobreza y uso intenso de drogas, mi interés es rastrear la conformación de un sector social al que pertenecen los narradores que participaron en este estudio y cómo las transformaciones sociales, políticas y económicas que experimentó Sonora y Hermosillo en particular, detonaron cambios en las formas de intercambio y regulación social y en el papel que han jugado los jóvenes y el uso de drogas en los procesos de cambio social vividos por este sector social particular.

Recuperé el contexto histórico desde 1940 pues es el momento en que se da empuje al proceso de urbanización de Hermosillo, particularmente de los barrios donde residen los 13 narradores participantes, al tiempo que es el momento en que se empieza a cristalizar un modelo de desarrollo para Sonora que tendrá repercusiones importantes en las familias de los entrevistados y en sus biografías.

5.1.1 Concentración de la tierra, Urbanización y Des-poblamiento del campo sonorense: 1940-1980.

De acuerdo con datos de Méndez (1994), el periodo de mayor crecimiento poblacional de Hermosillo se da entre la década del 40 y el 50, donde la población pasó de 18,601 habitantes a 43,519, lo que significa un aumento del 57% de la población de la ciudad. Este periodo se caracteriza por “la transición de formas de producción ligadas con el sector minero-pecuario-exportador a formas de acumulación agropecuaria, junto con el debilitamiento del sector agrícola y el florecimiento de la gran agricultura de riego en los valles de los ríos Yaqui y Mayo” (Ramírez, 1990:52). Este proceso, en el que el gobierno apoyó la apertura de distritos de riego⁹⁴, permitió

⁹³ “Entre 1940 y 1970 el crédito a los ejidos tuvo un crecimiento de 5.4% anual, mientras que el crédito a la agricultura comercial creció 25% anual y el crédito privado a la agricultura comercial creció 11.7%” (Sanderson, 1981:141)

⁹⁴ Gracias entre otras cosas al nuevo código agrario de 1942 que “eximía a propietarios con cultivos o ganado de exportación de límites de tierra o de acciones de división de las mismas en plazos de 25 años, y la distribución de certificados de derechos agrarios individuales para ejidatarios” (Sanderson, 1981:144).

que los grandes agricultores (que correspondían al 0.5% de los propietarios de la tierra) no sólo aumentaran su capacidad de producción, sino que concentraran el 80% de las fábricas creadas para satisfacer los procesos de producción intensiva y los agroindustriales. Tanto la producción intensiva como la agroindustrial, fueron promovidas también por el gobierno federal a través de la asignación de créditos⁹⁵, en respuesta a la crisis del algodón de la década del cincuenta, y “concentraron el 55% de las tierras de labor, de modo que para 1937, el 90% de los campesinos no tenían tierra” (Ramírez, 1990:53, 61), “los minifundios controlaban el 0.3% de la tierra cultivable, mientras que los latifundios controlaban el 89%” (Sanderson, 1981:94). De acuerdo a Almada (2010) este empuje a los productores privados incluyó la concentración de la infraestructura financiera⁹⁶, manufacturera y de la tierra en menos del 1% de la población del Estado.

A finales de la década del cincuenta, los efectos de la devaluación de 1954, junto con las bajas en los precios del algodón y del trigo y el estancamiento de la frontera agrícola por disminución de la inversión pública federal, condujeron al desarrollo de una agricultura aún más intensiva y a una mayor concentración de la productividad en los distritos de riego. De modo que por un lado estaban los grandes agricultores detentadores del progreso en los valles y por el otro, los pequeños agricultores y colonos que quedaron reducidos a tierras de temporal, dedicados a agricultura de subsistencia. Éstos experimentaron tal baja en su nivel de vida, que no les quedó más remedio que vender sus tierras a medianos y grandes productores, por lo que el valor de las tierras de estos últimos se triplicó o cuadruplicó en una década **Fuente especificada no válida..**

Este contexto de crecimiento demográfico, concentración de la tierra y difusión de máquinas economizadoras de trabajo humano, favoreció la formación de un proletariado agrícola en las zonas de riego, formado por jornaleros nativos e inmigrantes, sobre todo de Sinaloa y Nayarit, y por los hijos de ejidatarios y colonos. Esta población creció numéricamente de manera tan importante, que de acuerdo a Almada (2010) entre 1950 y 1960 hubo un descenso en el promedio de horas trabajadas por jornalero, de 190 días a 100 días. “El aumento del desempleo en estas zonas, favoreció el alcoholismo, la violencia y la lucha de facciones, lo que a su vez contribuyó a su pulverización política y social y su mayor dependencia del clientelismo” (Almada, 2010:183).

⁹⁵ Gonzáles Santos (1950), señala que hacia 1948 las tres uniones de crédito más grandes de Sonora acapararon el 40% de todos los créditos agrícolas del Estado (citado por Ramírez, 1990:55)

⁹⁶ A fines de los años cuarenta, Sonora ocupaba el segundo lugar en el país por operaciones bancarias registradas y el primero en el noroeste en cuanto a financiamiento destinado a la agricultura (Almada Bay, 2010:175).

Estos procesos se agudizaron a mediados de 1960, con la promoción, por parte del estado, de la ganaderización de la tierra productiva.

“Mi amá era Yaqui, pero la tierra donde vivía no producía nada, pos no había agua, entonces primero empezaron a trabajar en los campos de trigo que quedaban ahí cerca del valle, ahí conoció a mi apá, que también trabajaba en el campo y juntos se vinieron a probar suerte a Hermosillo.”

(Pirata, 1965)

“Mi nana tenía una tierrita en Banámichi, pero eran muy pobres, esas tierras no daban casi nada. Según entiendo, había unos familiares viviendo aquí en Hermosillo, entonces ella vendió y se vinieron a invadir un terreno aquí, así fue como mi familia llegó a Hermosillo.”

(Caro, 1965)

Para 1960, la población de Hermosillo era de 95,978 habitantes y en 1970 pasó a ser de 176,598 habitantes. Continuaron los procesos de concentración de capital, de bienes de producción y de tierras, de modo que al final de la década, “los grandes propietarios agrícolas acaparaban más del 75% de la tierra y del 82% de la maquinaria” (Ramírez, 1990:57). Esta concentración generó traslado de la fuerza de trabajo de poblados aledaños, que no sólo se ocupaban en labores de cosecha, pastoreo y siembra, sino también en servicios de reparación, construcción de ferrocarriles y carreteras. Así se generaron los trabajadores “golondrinos” que recorrían de sur a norte el estado siguiendo las cosechas de cereales y hortalizas, al tiempo que aumentaron los trabajadores urbanos en las periferias de la ciudad. Ramírez plantea que el aumento de la población en esta década tiene que ver justamente con el aumento requerido de la fuerza de trabajo dependiente de salarios, necesaria para asegurar el crecimiento económico registrado en el producto interno bruto del estado (PIBE) de esta década.

El malestar acumulado se expresó entre las clases medias urbanas, los estudiantes, maestros y grupos de campesinos que irrumpieron en la escena política. La respuesta del Estado fue la represión militar selectiva.

La década de los setenta, se caracterizó por un aumento de la inversión estatal en el campo, con la finalidad de fortalecer la agroindustria y la manufactura de productos primarios. El proyecto de inversión en el campo nuevamente iba dirigido a apoyar a los grandes productores agrícolas, favorecidos entre otros proyectos por los créditos para tecnificación y en especial para

construcción de sistemas de riego⁹⁷. De acuerdo con Sanderson (1981), en Sonora los que no tenían tierra irrigada no podían producir ni para ellos mismos. La escasez del agua⁹⁸ y el alto costo de los productos agrícolas – entre otros factores – siguieron empujando a los campesinos más empobrecidos a ocuparse como jornaleros, mineros, albañiles o bien a integrarse a la naciente industria manufacturera de Nogales, Guaymas o Hermosillo⁹⁹. Según Almada y Covarrubias (1992), justo en este periodo se da un intenso proceso de concentración urbana en el Estado y desaparecieron cerca de 123 localidades. La PEA en el agro bajó del 53.7% en 1940 a 38.5% en 1970 (Sanderson, 1981). En tal sentido, es en la década del setenta en la que Hermosillo vive su siguiente gran aumento poblacional: pasó de tener 176,598 habitantes en 1970 a 297,175 en 1980, lo que significó un aumento del 40%.

De acuerdo con Almada (2010), el fin del programa Bracero con Estados Unidos en 1964, el lanzamiento en 1961 del programa nacional fronterizo (PRONAF)¹⁰⁰, el programa de industrialización de la frontera en 1965 y la aplicación de la ley de fomento industrial de 1969, fueron los factores catalizadores del desarrollo de las plantas maquiladoras en la entidad a partir de 1980.

5.1.2 Crisis económica y devaluación: 1980-1989.

Los años ochenta en Sonora se caracterizaron - según Covarrubias (1990) -, por una notable descapitalización del campo y la consiguiente crisis del sector agropecuario, aunado a un crecimiento de la importancia de la industria¹⁰¹, principalmente la maquila y la industria automotriz. El autor plantea que el deterioro del sector agrícola en esta década, se debe “al aumento

⁹⁷ En 1970 “el valor de los trabajos de irrigación en el estado fue de 400 millones de pesos, de los cuales el 0.5% fue dirigido a unidades de irrigación de menos de cinco hectáreas, 8.5% a ejidos, el resto a las grandes propiedades: Lo mismo ocurrió con las bombas de agua, 91% de la inversión fue dirigida a tierras de más de cinco hectáreas” (Sanderson, 1981:150).

⁹⁸ Según Ramírez (1990:52), “el sector agrícola demanda el 96.1% de las extracciones no reutilizables de agua en toda Sonora, siendo las zonas de riego las beneficiarias absolutas de este recurso”.

⁹⁹ Por ejemplo, mientras en 1960, el 52.3% de la población ocupada del estado se dedicada a actividades primarias, en 1970 pasó a 38.5% **Fuente especificada no válida.**

¹⁰⁰ A través del cual se buscaba impulsar el desarrollo de los municipios fronterizos mediante la sustitución de importaciones y la apertura de nuevas fuentes de empleo

¹⁰¹ Así, mientras en 1970 el sector agropecuario aportaba el 26.8% del producto interno estatal, en 1980 representó el 12.1%; en contraste, el aporte de la industria pasó del 14.7% al 30.3% en el periodo. La participación del sector agropecuario en las exportaciones pasó de 73.6% en 1979 a 13.8% en 1988, mientras que el de la industria pasó de 8.6% a 62.8% y el minero de 1.95 a 12% **Fuente especificada no válida..**

de la inflación, la caída de la inversión pública en irrigación, fomento agrícola y crédito rural, el encarecimiento del crédito y de los costos de producción”¹⁰².

Si bien los ochenta es la década de la llegada de las plantas maquiladoras a Hermosillo - creando cerca de 412,000 nuevos empleos -, “los sueldos, salarios y prestaciones sociales se redujeron en diez puntos” (Lara Enriquez, 1990: 83). Los procesos de renovación de tecnología y automatización emprendidos a final de la década - donde un solo operario se encargaba del total de una operación a cargo de una máquina¹⁰³-, implicó una reducción importante del total de operarios contratados, ello sin tener en cuenta que los cargos administrativos eran ocupados por estadounidenses¹⁰⁴ y sólo consumían el 1% de su valor agregado en insumos locales¹⁰⁵. Es por ello, que algunos sectores académicos critican los beneficios aparentes de la industria maquiladora, en tanto implicaron que el Estado asumiera una enorme deuda para generar las condiciones propicias para su instalación¹⁰⁶ y pese a ello, tiene poca capacidad de interlocución (Ramírez, 1988).

Aunado a la descapitalización del campo, la instalación de esas plantas incrementó la migración a las zonas de atracción en el estado: Hermosillo, Nogales y Guaymas. “Estas cabeceras, antes de las plantas, no eran más que centros de tráfico comercial entre los Estados Unidos y los valles agrícolas y mineros. Después de las plantas, todos esos lugares se transformaron en importantes centros urbanos, pues la mayoría de los trabajadores de la maquila son migrantes, menores de 25 años y con una baja tasa de permanencia en una misma planta por las precarias condiciones de trabajo” (Ramírez, 1988:445).

Entre 1980 y 1990, la tasa de crecimiento anual de la población de Hermosillo fue de 3.15 por ciento, pasando de 297,175 habitantes en 1980 a 406,417 habitantes al final del periodo (INEGI 1980, 1990). Los recién llegados se asentaron en el cerro la campana, la Piedra Bola, Villa de Seris, y en el bordo del río Sonora (Mendez, 1994). En respuesta a ello, el estado municipal empezó

¹⁰² Generado por las devaluaciones que devinieron en el encarecimiento de equipos e insumos necesarios para la producción, encarecimiento de las tarifas eléctricas, fertilizantes, herbicidas y plaguicidas. Covarrubias ilustra que el precio de garantía del trigo pasó de \$3,500 a \$58,000 por tonelada entre 1980 y 1986.

¹⁰³ De acuerdo a Ramírez (1988), entre las ventajas que encontró la Ford para desplazarse a Hermosillo fueron “los bajos salarios (entre siete y doce veces menos que el salario en Arizona y California) y el mayor número de robots que podía incorporar sin enfrentar problemas sindicales. Un robot sustituye a 6.3 hombres” (Ramírez, 1988: 431).

¹⁰⁴ Por ejemplo, el 85% de los gerentes son estadounidenses (Ramírez, 1988:482).

¹⁰⁵ De acuerdo a Ramírez (1988) antes del capital maquilador, el esquema de industrialización absorbía hasta el 50% de su valor en materias primas procedentes de las unidades agropecuarias, por lo que, tras la llegada de las maquilas, las manufacturas estatales dejaron de ser la habitual prolongación de la economía primaria.

¹⁰⁶ En 1984, “el Banco Nacional de México otorgó a la entidad un crédito por 20 millones de pesos, que representaba la quinta parte de la inversión total del Estado en ese año y equivalía al total de la inversión pública federal para el estado de ese año” (Ramírez, 1990:70).

a otorgar terrenos al norte de la ciudad para regularizar los asentamientos y surgieron así los barrios donde transcurre la vida de nuestros narradores).

“Nosotros vivíamos en el canal del río, pero en la temporada de lluvias se inundaba todo y perdíamos las pocas cosas que teníamos. Fue cuando te digo que nos cambiaron de allá para acá, por la vaciada que hicieron debajo del río, porque se estaba desbordando. O sea, el gobierno se estaba trayendo a la gente para acá y entre las familias que escogieron, le tocó a la de mi amá. Cuando llegué aquí al Choyal. Se llamaba así porque sólo había pura rama, Choyas, no había caminos, ni agua, ni luz, ni nada. Pasaban caballos con carretas llenas de botes de agua para venderlas”.

(Pirata, 1965)

En esta década también se expandió el sector terciario, en parte como estrategia de las familias para sortear la crisis, compensando la baja del ingreso familiar, y en parte por el aumento de la importancia del sector terciario en la economía del país en general. Sin embargo, es la década en la que se registró la mayor tasa de desempleo censal (6.6%) Fuente especificada no válida.. De acuerdo con Lara (1990), “durante los ochenta, más del 50% del producto interno bruto estatal fue aportado por el sector de los servicios y el 30% fue aportado por la industria, donde un porcentaje importante del total de trabajadores eran mujeres”¹⁰⁷ (Lara Enriquez, 1990: 78).

“Mi papá es electricista y trabajaba para una granja para allá para la costa y mi mamá es chambeadora, cuando era niño trabajaba de cocinera. Cuando tenía 3 o 4 años, se separaron y batallamos mucho, mi papá se había quedado sin trabajo y no teníamos ni lo mínimo. Yo no tenía mochila, haz de cuenta que llevaba mis cuadernos en una bolsa de mandado, los tenis, siempre los llevaba todos trozados. Entonces por mi amá decidió irse a trabajar al otro lado y dejarme con mis tíos allá en San Luis porque económicamente estaban muy bien”.

(Jim, 1980)

Estos procesos, según Covarrubias (1990), junto con la disminución de la inversión pública en bienestar social, ocasionaron un aumento de la desigualdad en la entidad. Así, el advenimiento de la industria y los capitales extranjeros a Sonora, producto de las estrategias locales para sobrellevar la crisis económica, sólo coadyuvaron a la concentración de la riqueza, pero no a un aumento en las oportunidades de la población general.

¹⁰⁷ “32% en el sector de las manufacturas, 48% en el sector de productos metálicos, maquinarias y equipo, 27% en productos alimenticios y 41% en textiles”. (Lara Enriquez, 1990:79)

En este contexto, la participación de la microindustria creció del 58% al 80%, pero redujeron el total de la fuerza de trabajo en comparación con la década anterior¹⁰⁸. En total, se reportó una reducción de 2,980 trabajadores (Lara Enriquez, 1990). Según Covarrubias (1990), durante la década del ochenta, las familias sonorenses experimentaron una pérdida del poder adquisitivo del 52% y una caída del ingreso per cápita anual del 1.9%.

En términos políticos, Reynoso (1991) reporta que a partir de 1979 Sonora entró en una nueva etapa electoral y política, caracterizada por el mayor apoyo al Partido Acción Nacional en los municipios con mayor nivel de urbanización, mientras que en las zonas con mayor marginación y más agrícolas el Partido Revolucionario Institucional (PRI) siguió siendo hegemónico **Fuente especificada no válida..** De acuerdo a Poom Medina & Reynoso (1997), en 1985 el PAN gobernó en las principales ciudades sonorenses: Hermosillo, Ciudad Obregón, San Luis Río Colorado y Agua Prieta. Hermosillo fue pues la primera capital estatal que ganó el PAN en todo el país. La pérdida de poder político del PRI durante los ochenta, especialmente en Hermosillo, tiene efectos en la capacidad de control del Estado sobre las organizaciones dedicadas al tráfico de drogas.

5.1.3 Profundización de la desigualdad y ampliación de la precariedad laboral: 1990-1999

En Sonora, esta década se caracteriza por el establecimiento de actividades industriales intensivas en capital y tecnología, asociadas a empresas globales, y al aumento en la importancia del sector terciario. En esta década, la población de Hermosillo alcanzó los 406,417 habitantes (INEGI, 1990).

Contreras y Rodríguez (2000) explican que si bien las maquilas son un fenómeno anterior al Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN), su expansión sin precedentes durante los noventa está asociada a él, concentrándose principalmente en las ciudades de Nogales, Hermosillo, Guaymas y Empalme. “Mientras en 1980 las maquiladoras concentraban el 8.6% de las plantas y el 8.8% del empleo, a fines de 1998, el número de plantas se incrementó en 36%, el empleo en las maquiladoras representaba poco más del 30% del empleo total y 72.4% del empleo industrial del estado” (Contreras & Rodríguez, 2000: 178).

Otra transformación importante del mercado laboral Sonorense que se consolidó en la década del noventa, es la participación femenina, cuya tasa de actividad pasó de 23.9% en 1980 a

¹⁰⁸ En tres puntos la microindustria y en once puntos la pequeña y mediana industria

37.9% en 1996 **Fuente especificada no válida..** Así mismo, Lara, Velázquez y Rodríguez (2007) reportan un crecimiento del 14 por ciento anual del personal ocupado total en el sector terciario, entre 1993 y 1998, “liderado por los servicios intermedios, en particular los técnicos, que incrementaron su empleo en 25 por ciento; se trata de actividades realizadas por agencias de colocación y selección de personal, que mostraron un crecimiento anual de casi 85 por ciento en personal ocupado; los servicios de protección y custodia, que multiplicaron por cuatro el número de trabajadores, mientras que en los relacionados con la construcción, la cantidad de empleados creció en 28 por ciento” (Lara, Velázquez y Rodríguez; 2007:30). Así mismo, el interés de las maquilas por reducir costos conllevó a que adoptaran procesos de mejoramiento de calidad a través de una mayor capacitación de sus operarios y la aplicación de filtros más estrictos de contratación, que entre otras incluían pruebas de antidopaje y el requisito de mayor nivel de escolaridad entre los solicitantes.

De acuerdo a Contreras y Gutiérrez (2000), entre 1990 y 1998, el sector primario perdió en total 14,465 puestos de trabajo; mientras que el sector de las manufacturas tradicionales registró una disminución de 3,000 puestos de trabajo entre 1990 y 1994. Ello debido a que – según los autores – “los empresarios locales no adoptaron una estrategia para enfrentar la apertura y quedaron en su gran mayoría excluidos del nuevo ciclo de integración económica, de modo que fueron los pequeños y medianos productores, quienes por lo general empleaban a una mayor cantidad de trabajadores, los más severamente afectados por la apertura económica” (Contreras & Rodríguez, 2000:178).

En relación con ello, Camberos & Yáñez (2003), reportan que dos de cada tres empleos generados en la década del noventa en Sonora fueron informales. De modo que para 1996, según García de León (2000) el 40% de la población ocupada trabajaba en microempresas y 53.8% de los ocupados no tenían prestaciones sociales. La tasa de desempleo pasó de 10.0 a 18.0 en el periodo **Fuente especificada no válida..** Este aumento del desempleo se debe en parte, según Covarrubias (2000), al desfase entre el mayor crecimiento de la población entre 20 y 49 años y el crecimiento del PIB y del empleo en el Estado, lo que generó mayor competencia para acceder a empleos formales mejor remunerados, concentrados además principalmente en Hermosillo, donde – como bien lo señalan Contreras y Rodríguez (2000) - se presenta un alto grado de concentración de actividades económicas de la más alta jerarquía, que demandan fuerza de trabajo más calificada, y un alto nivel de incorporación de procesos intensivos en tecnología.

Así, entre 1991-1997, aunque se generaron 86 mil nuevos empleos, hubo un déficit de 28.3% de empleos formales. Entre 1990 y 1995 solo cinco de cada diez trabajadores que buscaron empleo, lo encontraron en actividades formales de la economía. Esto ocasionó que, “en el conteo de 1995, sólo 52.5% de los trabajadores ocupados contaran con seguridad social, a diferencia del 68% de 1990” (Covarrubias, 2000:137).

También se observa una disminución en la percepción del ingreso. “Para 1980 la entidad ocupaba la posición octava a nivel nacional por ingreso per cápita. En 1985 descendió a la posición 10. Para 1998, descendió a la posición 20. En 1997 los salarios mínimos reales llegaron a 3,529 pesos por mes, pero en 1998 se situaron 77% por debajo de ese nivel, con 840 pesos” (Covarrubias, 2000:140).

En estas condiciones, se observa un aumento en las condiciones de pobreza en Sonora, de modo que según Camberos (1993), mientras en 1980 el 13 por ciento de la población era pobre, en los años noventa el porcentaje aumentó a 52 por ciento, de los cuales el 12 por ciento vivía en condiciones de pobreza extrema. Entre 1990 y 1996 la pobreza creció cerca del 9 por ciento al pasar de 94,2450 a 102,705 personas pobres. Si se agrega el efecto del deterioro en la capacidad de consumo, la pobreza pudo haber crecido cerca del 12 por ciento **Fuente especificada no válida..**

En el ámbito político, desde 1994 se registró una tendencia hacia el tripartidismo en el estado, de modo que la votación por el PRI cayó por debajo del 50 por ciento (48.75%), el PAN subió a 30 por ciento y el PRD llegó a más del 13 por ciento. En 1997 el PAN obtuvo 31 por ciento de los votos y el PRD 22 por ciento **Fuente especificada no válida..**, aumentando de este modo el proceso de descentralización política comentado en el capítulo IV.

5.1.4 Aumento de la desigualdad y la delincuencia: 2000-2015

En el año 2000, Hermosillo alcanzó los 545,928 habitantes (INEGI, 2000), que al final de la década pasaron a ser 784,342 habitantes de los cuales, el 35% tenía entre 15 y 35 años (INEGI, 2010).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reporta que cerca del 80% de los municipios de Sonora aumentaron sus niveles de rezago social entre 2005 – 2010. Entre 2008 y 2010 se reporta también un aumento en la intensidad de la pobreza en el Estado. De manera específica, el CONEVAL (2010) reporta que de 2008 a 2010 hubo una

reducción del porcentaje de la población con las carencias sociales de rezago educativo, carencia por acceso a la seguridad social y carencia por calidad y espacios de la vivienda, pero se registró un aumento en el porcentaje de población con un ingreso inferior a la línea de bienestar, de modo que de 2008 a 2010 el porcentaje de la población en situación de pobreza aumentó de 27.3% a 33.8%, y el de pobreza extrema aumentó de 4.3% a 5.2%. Los datos censales muestran también un aumento en el porcentaje de hogares encabezados por mujeres, que pasa de 21.9% en 2000 a 26.6% en 2010 (INEGI, 2010).

Según Almada (2010), la sociedad sonoreNSE presenta una clara tendencia a la segmentación, de modo que las divisiones sociales son hoy más apreciables que hace 30 años. “En lugar de las canchas de cemento en los centros de la ciudad donde confluía gente de distintos niveles socioeconómicos para practicar deporte, hoy se asiste a una multiplicación de espacios residenciales bardeados y de instalaciones deportivas de membresía privada, con lo que se reduce el trato entre personas de distinta extracción social. El número de policías privados se ha multiplicado y supera a los municipales en las principales ciudades. La seguridad personal y patrimonial se ha vuelto un tema importante en las agendas político-electorales y un gasto prioritario tanto en el ámbito privado como público (...) El incendio de la guardería del ABC en 2005 puso al descubierto de la manera más cruda la marcada desigualdad del riesgo en la sociedad hermosillense” (Almada Bay, 2010:195).

En términos de inserción laboral, los hombres de Hermosillo del grupo etáreo 20-24 años tuvieron en 2010 una tasa menor de ocupación (74.0%) en comparación con las de la República (78.0%). La proporción de hogares en Hermosillo cuyo jefe se encuentra desempleado pasó de 0.7% en 2000 a 3.0% en 2010 (INEGI, 2010). El porcentaje de población joven que se encuentra sin acceso al trabajo formal en Hermosillo, pasó de 47.1% en 2005 a 51.3% en 2010, cifras que, sin embargo, están por debajo del promedio nacional. El porcentaje de jóvenes con interés en trabajar, pero sin expectativas de inserción laboral, se duplicó entre 2005 y 2010, pasando de 4.3% a 9.9%.

“Cuando voy a pedir trabajo me dicen “te llamamos”. ¿Sabes lo que es eso?. No tengo para el camión. Voy sin desayunar, no tengo nada en el estómago y me dicen, luego lo llamamos. Yo sé que no me van a llamar. Además, está esa onda de los antecedentes que no los tengo pues, no tengo ni credencial del IFE. No tengo salida”.

(Vicente, 1988)

En consonancia con las tendencias que vengo describiendo desde la década del ochenta, según el INEGI (2010), el 71% de la población ocupada de Hermosillo pertenece al sector terciario de la economía, el 27% al sector secundario y el 1.5% al primario. El 74.7% de la población ocupada en Hermosillo percibía en 2010 entre uno y hasta cinco salarios mínimos mensuales y el 75.3% se ocupaban como trabajadores subordinados o asalariados. Según el tamaño de la unidad económica, al 2011 el INEGI reportaba que el 40.4% de la población ocupada en Hermosillo se ubicaba en micro negocios, 21.3% en pequeños establecimientos, 13.1% en establecimientos medianos y sólo el 12.7% se ubicaba en grandes establecimientos (INEGI,2010).

En términos educativos, llama la atención que Sonora es uno de los estados con mayores años promedio de escolaridad de la República (10.4, siendo 8.6 el promedio nacional). Así mismo, es el estado con mejor tasa de eficiencia terminal para los niveles secundaria (89.0%, siendo el promedio nacional de 82.9%) y bachillerato (80%, siendo el promedio nacional de 65.3%). Sin embargo, para el nivel técnico-profesional, la eficiencia terminal cae al 43.6%, ubicándose por debajo de la media nacional (46.1%). Los datos censales muestran un aumento en la escolaridad de los jefes del hogar, de modo que mientras en 2000 el 38.9% de jefes de los hogares de Hermosillo tenían una escolaridad mayor o igual a secundaria completa, en 2010, el porcentaje subió a 49.2% (INEGI, 2010).

Por su parte, los indicadores de seguridad y orden público del INEGI para 2009 posicionan a Sonora como la séptima entidad federativa con mayor tasa de incidencia de delitos por cada 100,000 habitantes. De manera específica, Sonora presenta las tasas más altas del país en relación con delitos asociados con narcóticos y con posesión de arma de fuego, con 61.2 y 16.7 delitos sentenciados por cada 100,000 habitantes respectivamente, ocupando el lugar tres y cuatro a nivel nacional respectivamente (INEGI, 2008). Sin embargo, el delito del fuero federal más significativo en Sonora es el tráfico de indocumentados, con una tasa de 10.7 por cada 100,000 habitantes, ocupando el primer lugar a nivel nacional. Según el INEGI, en 2008 el 43.5% de los delitos del fuero federal y 49.5% del fuero común, fueron cometidos por jóvenes entre 18 y 29 años.

En materia de delitos del fuero común, los más significativos en Sonora para el 2008 fueron el robo, el homicidio y la violencia familiar con tasas de sentenciados de 141.7, 9.7 y 10 por cada 100,000 habitantes respectivamente, constituyéndose en la entidad con mayor incidencia de estos delitos en la república. Así mismo, llama la atención que Sonora en 2009 fue el tercer estado de la República con mayor volumen de menores infractores reportados por el consejo tutelar,

representando el 4.3% del total de casos, sólo debajo del Distrito Federal que concentró el 30.2% de los casos nacionales y Baja California con el 5% de los casos (SISVEA, 2009). Las probabilidades de muerte de los hombres en el 2000 correspondieron a las de las mujeres en 1970. Los rubros de accidentes, violencia y lesiones explican este diferencial (Almada, 2010:212). Según el INEGI (2015) se observa un incremento constante en las últimas dos décadas en el número de homicidios ocurridos en Hermosillo, pasando de 79 en 1995, a 110 en 2015.

Estas características poblacionales y los procesos de transformación económica y social son los que enfrentaron los narradores participantes en este estudio y sus familias. Veremos a continuación cómo en sus biografías, esas transformaciones están presentes en los diferentes momentos de su curso de vida y cómo, de acuerdo al acceso que cada narrador tiene a capitales sociales y financieros, y gracias a sus propias habilidades personales, cada uno de ellos construirá estrategias diferenciadas para lidiar con la pobreza y la marginalidad que enfrentan desde muy temprano en sus vidas, lo que por supuesto, marcará sus trayectorias de uso drogas. Pero antes, repasemos lo que ha sido la historia institucional de atención al VIH y a las adicciones.

5.2 Cronología de la atención institucional a los temas de uso de drogas y VIH/SIDA en Hermosillo.

En la búsqueda por articular las biografías relatadas por los usuarios-narradores con el tiempo social e histórico, en este apartado sitúo el desarrollo histórico de la atención al VIH y al uso de drogas, lo cual permitirá comprender el surgimiento de los discursos y prácticas en torno al riesgo y las adicciones. Recordemos que el énfasis de la tesis no es en los aspectos farmacológicos de las sustancias, sino, en “las relaciones complejas entre el contexto sociocultural y político, las características generales de los consumos de las distintas drogas y los dispositivos de intervención social, con sus marcos teóricos, profesionales y legales” (Romaní, 2010:84).

La información de este apartado está integrada por datos recopilados a partir de la revisión de documentos institucionales y de entrevistas realizadas con actores institucionales que se desempeñan en las áreas de atención de uso de drogas y/o del VIH/SIDA en Hermosillo.

5.2.1 La atención en salud al uso de drogas en Hermosillo

De acuerdo con entrevista realizada a personal del Programa Estatal de Salud Mental de Sonora (PESM) y en consonancia con el desarrollo nacional de la atención al uso de drogas, antes de 1940 las personas que presentaban uso problemático de alguna sustancia – principalmente alcohol – eran recluidos junto con el resto de enfermos mentales en la penitenciaría del estado, hubieran o no cometido actos delictivos. En 1947 se inauguró el manicomio del estado, donde se concentraba a los enfermos mentales, incluidas las personas con problemas asociados al uso de sustancias. Sin embargo – menciona el funcionario – esta diferenciación espacial no representó un avance significativo en el tratamiento de la enfermedad mental ni de la adicción, el tratamiento era básicamente el aislamiento y el encierro.

El funcionario del PESH narra que en el marco de la denominada “Operación Castañeda”¹⁰⁹, se creó en 1964 el Hospital Campestre Cruz del Norte, para ofrecer servicios de salud mental a los Estados del Noroeste de la República. En 1977, el manicomio del Estado cambió su denominación a Centro de Rehabilitación Mental del Estado. Hasta esa fecha, no hay una separación entre las personas con enfermedades mentales y aquellas con trastornos asociados al

¹⁰⁹ Recordemos que fue implementada por la entonces Dirección General de Neurología e Higiene Mental, con la finalidad de desconcentrar las actividades de los manicomios generales mediante la creación de “hospitales granja”

uso de sustancias, ni tampoco hay reportes de tratamientos ofrecidos a usuarios de drogas en el Estado.

La atención especializada sobre el uso de sustancias surgió a finales de la década de los setenta con la aparición de un Centro de Integración Juvenil (CIJ) en Hermosillo, que ofrecía tratamiento interdisciplinario a los menores de 18 años y sus familias¹¹⁰.

La política de descentralización emprendida por la Federación en la década de los ochenta, se expresó en Sonora en el cambio de administración en 1983 del Hospital Cruz del Norte que pasó a ser administrado por la Jefatura de Servicios Coordinados del Estado de Sonora, organismo desconcentrado de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sonora fue el primer estado en llevar a cabo los procesos de descentralización de la SSA.

En el marco de estos procesos, se creó en 1986 el Servicio Estatal de Salud Mental, como la unidad encargada de normar y coordinar la prestación de servicios de salud mental, y de operar los Hospitales Psiquiátricos Cruz del Norte y Dr. Carlos Nava Muñoz¹¹¹. El primero atendía principalmente pacientes con padecimientos agudos y el Hospital Carlos Nava se especializó en la atención a pacientes crónicos. A partir de 1988, éste último se transformó en el “Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava” (CHMCN), focalizándose en la provisión de servicios asistenciales para el tratamiento de farmacodependencia y alcoholismo, con una oferta de hospitalización breve (no mayor de 20 días).

Desde sus inicios hasta finales de los ochenta, se diferenciaba el tratamiento para alcohólicos y para usuarios de drogas ilegales, sin embargo, en ambos casos, el eje de la intervención era el tratamiento médico y se brindaba de manera complementaria tratamiento psicológico, grupos de auto apoyo y asesoría religiosa, contando con una capacidad máxima de hospitalización de catorce personas. De acuerdo con los funcionarios del Hospital, a partir de finales de los noventa dejaron de presentarse casos de “alcohólicos puros”, por lo que ya no fue necesario dividir a los pacientes entre usuarios de alcohol y usuarios de drogas ilegales. A cambio, se crearon dos unidades diferentes de atención pensando en los diferentes momentos del proceso:

¹¹⁰ Actualmente, la atención está organizada en prevención universal, ofrecida a la población general, basada en la formación de habilidades para la vida; prevención selectiva, ofrecida a subgrupos poblacionales considerados en condición de riesgo o vulnerabilidad; y prevención indicada, dirigida a personas que han experimentado con drogas.

¹¹¹ En 1984, se clausuró el Centro de Rehabilitación Mental y el estado adquirió las instalaciones del “Sanatorio del Valle”. Los pacientes y personal que laboraban en el manicomio, pasaron a esta institución. A partir de 1985 y por decreto del Gobernador, se le denominó Hospital Psiquiátrico “Dr. Carlos Nava Muñoz” y empezó a ofrecer alternativas de tratamiento acordes con los desarrollos técnicos y farmacológicos del momento, que mejoraron la calidad de la atención.

Desintoxicación y rehabilitación, con el fin de garantizar mayor permanencia en el programa, focalizando objetivos para cada etapa del tratamiento, que en total tenía una duración de cuatro semanas.

El establecimiento de una unidad especializada en adicciones a finales de la década del ochenta en Hermosillo y la desaparición de “alcohólicos puros” a finales de los noventa, habla de la aparición de una epidemia de adicciones, que tuvo su inicio justamente en estas décadas, como describí el capítulo IV al revisar las tendencias de uso de drogas en el Estado.

A finales del 2000, el hospital asumió un enfoque de medicina familiar, desde el cual se abordó no sólo la problemática de las drogas y las posibles comorbilidades psiquiátricas, sino también el contexto familiar y social del paciente. El tratamiento pasó a tener una duración de seis semanas. Aunque la capacidad máxima de hospitalización actualmente es de 36 camas, sólo se reciben máximo 24 personas, debido a la falta de personal.

Una característica de la atención que brinda el Hospital Carlos Nava es la permanencia voluntaria. Si bien durante la fase de desintoxicación se brindan medicamentos necesarios para sobrellevar con menor sufrimiento el síndrome de abstinencia, no se ofrece tratamiento sustitutivo de opioides, debido a los altos costos de tales medicamentos. El Hospital no recibe menores de edad, pese a que el personal entrevistado reconoce que hay demanda de estos servicios y que los pacientes reportan edades cada vez más tempranas de inicio de uso de drogas y de uso problemático de las mismas. Los menores de edad de entre 9 y 14 años con problemas de adicciones en la ciudad son recibidos exclusivamente en un pabellón del Hospital Cruz del Norte.

“Antes, en los 90's, veía pacientes de 25 años, en el 2000 ya empezaron a llegar de 18, ahora no nos llegan más jóvenes porque no recibimos menores de edad, pero no es porque no haya demanda”

Personal Hospital Carlos Nava

El personal del PESM narra que en 1992 se integró a nivel regional el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECAD), el cual es responsable de convocar y coordinar a las instituciones gubernamentales, privadas y sociales que realizan tareas en materia de adicciones. Esta labor ha sido apoyada a nivel nacional por el CONADIC.

Fue también en la década de los noventa que empezaron a llegar los centros de ayuda mutua residencial a la ciudad. De acuerdo con un funcionario del PESM, el primer centro de rehabilitación no gubernamental fue AMAR, que ofrece sus servicios desde 1993. Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, mientras en 1995 se registraban

dos centros, en el 2000 se reportaban cuatro, en el 2005 su número ascendió a siete, y a catorce en 2014, de los cuales solo cinco – sin incluir al Hospital Carlos Nava – tienen reconocimiento oficial de cumplir la NOM 028 **Fuente especificada no válida..** El funcionario del PESM reconoce la diversidad en términos de calidad:

“Hay de todo, desde unos muy grandes donde todos los servicios están muy bien, tienen médico, psicólogo y todas las instalaciones apropiadas para atender bien a los usuarios, hasta otros donde no más los tienen ahí hacinados”

Los centros deben ser aprobados por el PESM de acuerdo a unas condiciones mínimas establecidas por la Norma Oficial Mexicana (NOM) 028, sin embargo, desde el mismo Programa se reconoce la dificultad para cumplir con todos los requisitos, razón por la cual se ofrecen plazos de hasta tres años para cumplirlos y obtener así la certificación. Si al término del plazo se sigue sin cumplir los requisitos que establece la NOM 028, el centro se cierra. Sin embargo, el funcionario entrevistado plantea que normalmente los centros se vuelven a abrir con otro nombre y en otro domicilio, por lo que no hay garantía de que se cumplan los mínimos estipulados por la ley para brindar una atención de calidad.

En 2001 se abrió la clínica de Asistencia Médica Contra las Adicciones (AMCA), conocida coloquialmente como la clínica de metadona, la cual hace parte de una cadena privada de clínicas ubicadas en Tijuana, Nogales, Mexicali y Hermosillo. Es la única institución en la ciudad que ofrece tratamiento sustitutivo para opioides. La clínica viene a suplir una demanda de tratamiento específicamente para las personas con dependencia a la heroína, pues ninguno de los centros de atención anteriormente descritos ofrece esta alternativa de tratamiento. Al mismo tiempo, la aparición de una clínica privada de metadona en la ciudad a principios del milenio y la multiplicación de los centros de ayuda mutua a partir de la década del noventa, hablan de la existencia de una demanda importante de atención que no logra ser subsanada por las instituciones públicas, y por tanto, plantea la existencia de un problema no tan silencioso de dependencia a la heroína en la ciudad, como lo muestran las tendencias de uso de drogas revisadas en el capítulo IV.

Dado el carácter privado de la clínica, los usuarios deben pagar el costo de los exámenes requeridos, la dosis de metadona diaria y los demás requisitos administrativos que estipula, entre otros, las pruebas periódicas de antidopaje y la re-inscripción al programa si han faltado a tratamiento por más de seis días.

La clínica está abierta de lunes a domingo de 8 am a 2 pm. Algunos usuarios en campo manifestaron que este horario no se adecuaba a sus horarios de trabajo, lo que en ocasiones pone en jaque sus posibilidades de mantenimiento en tratamiento. Durante mi presencia en campo, en un par de días la clínica se mantuvo cerrada, debido a la ausencia de metadona. En estas situaciones, los usuarios llegaban a la clínica por su dosis y el guardia de seguridad simplemente les decía que no había medicamento, no se les ofrecía ninguna alternativa y no se les dejaba ingresar al edificio, lo que generó conflictos con algunos de los usuarios, que se quejaban de la arbitrariedad con que eran tratados y la ausencia de mecanismos para exigir sus derechos.

El procedimiento de rutina en el AMCA es que, al llegar un usuario, se hace una valoración médica y luego una psicológica y con base en ello se establece la dosis a suministrar. Tras brindarles la dosis, los usuarios deben esperar 30 minutos y el médico observa cómo reaccionan. A la semana se hace otra valoración y cada mes se vuelven a valorar para ver si sus dosis están adecuadas a sus necesidades. En la entrevista, el funcionario de la clínica mencionó que la dosis máxima que se ofrece a los usuarios es de 90 mg, sin embargo, en campo pude encontrar usuarios que reportaban estar recibiendo dosis de hasta 190 mg.

Desde esta intervención, sólo se tiene en cuenta el elemento fármaco-químico de la sustancia. El uso de drogas es tratado como una enfermedad cuyo antídoto es la metadona, la relación del usuario con el médico es de sumisión, en la cual debe ajustarse sus jornadas a los horarios de la clínica y aceptar sus normas para seguir siendo medicando en las dosis pactadas con el médico. Desde esta intervención se vigila y sanciona el uso de otras drogas ilegales, pero se ofrecen pocas alternativas para que los usuarios lidien con los efectos secundarios del medicamento e incluso, éstos son subestimados en el discurso médico, en aras de “bien mayor”, hay pocas investigaciones en México sobre los efectos secundarios de la metadona, cómo es experimentada por los usuarios y su efectividad como alternativa de tratamiento. Sin embargo, desde las intervenciones de reducción de daños y de prevención y atención de VIH se erige LA alternativa para los usuarios dependientes a la heroína. Tendríamos que pensar en los dispositivos de poder que nos llevan a legitimar esta opción, sin considerar la perspectiva de los usuarios.

En el 2009, en el marco del Programa de Acción Específico para la prevención y tratamiento de las adicciones 2007–2012 (PAE), impulsado por el gobierno de Felipe Calderón, se crearon dos Centros Nueva Vida en la ciudad, unidades de atención y tratamiento dirigidos específicamente a la población entre 12 y 17 años, que responden al gobierno federal. La principal

actividad de estos centros que hoy se denominan CAPA (Centros de Atención Primaria a las Adicciones), es la aplicación de una encuesta (POSIT¹¹²) para la valoración temprana de niveles de riesgo psicosocial al uso de drogas y de detección temprana de uso experimental de drogas en jóvenes estudiantes de secundarias y preparatorias.

Los jóvenes detectados con niveles de riesgo para el uso de drogas o que están iniciando su uso, son invitados a participar en una intervención breve de emergencia con un enfoque cognitivo conductual, que tiene una duración de diez sesiones, en las cuales los jóvenes adquieren herramientas para el control de las emociones y habilidades para la vida. Una vez que se termina el tratamiento se debe brindar seguimiento, pero la falta de recursos dificulta realizarlo. Así mismo, los profesionales de este organismo ofrecen talleres a padres de familia, denominados “crianza positiva”. La lejanía en que se ubican estos centros es – según el personal que allí labora – una de las principales barreras para la adherencia al tratamiento.

“Para llegar debes tomar dos camiones, normalmente las mamás traen a los hijos, eso quiere decir que gastan ocho camiones para venir y toma más de dos horas. Las personas no tienen ni el tiempo, ni el dinero, ni la disposición a invertir tanto, entonces perdemos muchos pacientes y no hay nada que podamos hacer”

Funcionaria del CAPA.

La falta de recursos para la movilidad del personal y la escasez de personal, dificulta la realización de actividades de prevención en escenarios distintos a las escuelas.

A partir del 2000 se empezó a hablar en la ciudad de uso de drogas en picaderos y a partir del 2007, Organismos de la Sociedad Civil empezaron a ofrecer intercambio de jeringas, información sobre VIH y acompañamiento a servicios de salud en espacios de encuentro de PID, ante la cada vez más común aparición de casos de VIH entre la población y su evidente falta de acceso a los servicios. A esta iniciativa se fueron sumando instituciones de salud que ofrecen atención a VIH en la ciudad e instituciones académicas como el Colegio de Sonora, pero dado que las intervenciones dependen de los financiamientos, estas no se han sostenido de manera constante.

¹¹² *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*, traducido como Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes. Es un cuestionario estandarizado y validado para México por el Instituto Nacional de Psiquiatría en 1998. Evalúa 10 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delinuencia.

Otro escenario donde se brindan servicios de desintoxicación es el Centro de Readaptación Social (CERESO) de Hermosillo. De acuerdo a una de sus funcionarias, dentro del CERESO, si los usuarios solicitan el servicio y cumplen con los requisitos necesarios¹¹³ pasan a un área restringida especial de desintoxicación. El tratamiento tiene una duración total de 45 días, es de permanencia voluntaria y el equipo de profesionales está integrado por psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionales y pedagogos. Durante el tratamiento los usuarios toman terapia ocupacional, psicológica y diversas pláticas, pero no se les brinda medicamento ni tienen servicios especializados por tipos de droga. Según la funcionaria entrevistada, la adherencia al tratamiento es baja, por lo que la mayoría de los usuarios regresan a sus celdas antes de llegar a los 45 días. No se acepta el intercambio de jeringas al interior del penal porque oficialmente se considera que no hay drogas allí.

A partir de este relato, es posible plantear que la historia de la atención en adicciones, así como la construcción de la figura del adicto, son fenómenos recientes en Hermosillo, que datan desde aproximadamente principios de los noventa, momento en que se expande la oferta de servicios de tratamiento de adicciones en la ciudad en respuesta a lo que llamaré la aparición de una epidemia de uso de drogas y de uso inyectado en particular. El Programa de Salud Mental inició con un interés en recopilar información sobre adicciones a través de diferentes encuestas y en los últimos años ha realizado esfuerzos por mejorar la capacitación de funcionarios públicos y privados con herramientas que se popularizaron internacionalmente.

Con respecto a las características de estos servicios, vemos que aquellos ofrecidos por el Estado, están principalmente enfocados en la prevención y la atención primaria y están dirigidos a jóvenes escolarizados. Sólo el CHMCN ofrece hospitalización, lo que en el caso de los usuarios de heroína se considera un elemento importante de la atención para brindar el apoyo necesario al síndrome de abstinencia. Al ser la única alternativa pública, sus servicios están siempre saturados, por lo que un elemento recurrente en los relatos de los usuarios fue la falta de disponibilidad de espacios en este hospital al momento de buscar el tratamiento.

En el otro extremo están los centros de rehabilitación, un universo diverso y poco regulado que tampoco ofrece tratamiento específico a usuarios de inyectables ni a dependientes de opiáceos. La mayoría ofrecen internamiento obligatorio, siempre y cuando alguien esté pagando, situación

¹¹³ No ser pacientes psiquiátricos y tener buena conducta

que viola el derecho la autonomía de los usuarios y complejiza el debate en torno a la efectividad del tratamiento. Al igual que en la intervención con metadona, los usuarios son des-empoderados, infantilizados y sus formas de experimentar el placer sancionadas. Sólo recuperan algún nivel de autonomía cuando se adscriben del discurso del centro, asumiendo la culpa por sus comportamientos desviados. La confianza del director –con los consecuentes beneficios - se gana en la medida que se den muestras de arrepentimiento.

En el medio está el acceso a tratamiento sustitutivo con metadona, ofrecido por una clínica privada, que por su carácter privado no siempre es sensible a las necesidades y características de los usuarios, ni al debate por el respeto a los Derechos Humanos. La clínica de metadona tampoco acepta a menores de edad, por lo que a estos sólo les queda la opción de la atención de los CIJ, del CAPA y los centros no-gubernamentales. Poco se sabe de los efectos secundarios de la metadona y no se recupera la experiencia de los usuarios para evaluar su efectividad.

Es posible concluir que -quizás con excepción de los servicios ofrecidos por el CHMCN-, predomina un enfoque homogeneizante frente al uso de drogas, de modo que no se ofrecen tratamientos según las sustancias usadas, no se tienen en cuenta las trayectorias de uso de drogas, ni las características socioculturales de los sujetos atendidos, su género o edad. Bajo la categoría de “adicto”, se reduce la diversidad de los sujetos y se invisibiliza la relación entre el uso con los contextos barriales, culturales, económicos y sociales, entre otros, en los cuales dichos consumos tienen lugar.

Si bien se aplican pruebas de tamizaje en las escuelas para identificar potenciales usuarios, la institución escolar aparece ajena al fenómeno de uso de drogas, aunque, como se verá en los relatos, es uno de los escenarios clave dentro de las trayectorias de uso.

Quizá, asociado con ello, no hay programas comunitarios de salud mental, ni de prevención y tratamiento de adicciones que operen en los barrios, y que estén dirigidos a jóvenes y adultos no escolarizados y/o a usuarios que se encuentren en diferentes momentos de su trayectoria de uso de drogas. Quizá por ello los relatos de los usuarios indican que sólo cuando están “fondeando” es que acuden a este tipo de servicios o a los anexos, en una lógica de la emergencia y la gravedad que bien se puede aplicar al resto de sus padecimientos de salud, incluido el riesgo de infectarse de VIH.

En términos generales, los servicios para el uso de drogas, que se ofrecen se encuentran aislados de los escenarios vitales de los sujetos, son ajenos a sus lenguajes y a sus búsquedas, por lo que siguiendo a Garbi y colaboradores (2012), la intervención consiste básicamente en el despliegue de una serie de técnicas de control que tienden a la normalización y producción de nuevos sujetos. Su relativo fracaso permite pensar en que precisamente los “adictos” son sujetos desafiados socialmente, con dificultades estructurales para incorporarse al orden, no sólo productivo sino social, en tanto no logran cumplir con lo que se espera socialmente de ellos en tanto hombres jóvenes (Epele, 2010).

Podría pensarse que es en el contexto de esta desafiliación que el uso de drogas adquiere una funcionalidad, un sentido en el barrio y en la identidad de los narradores, elementos que no son suficientemente recuperados desde esta perspectiva médica de atención al uso de drogas. Tampoco son recuperados por los grupos de doble AA que operan desde la sociedad civil siguiendo el modelo de Estados Unidos, una sociedad en donde predominan las clases medias, los gobiernos con mucho más recursos económicos y culturales, y la autonomía de los sujetos, así como un mayor individualismo y mucho menor carencia de empleos dignos y posibilidades de estudiar. Desde luego, un contexto donde hay mucho más respeto a los Derechos Humanos y cierto control de la corrupción policial, de los políticos, y de las mafias del narcotráfico y del lavado de dinero, y que, a la vez, es el mercado de consumo de drogas más grande y poderoso del mundo, ubicado a 287 kilómetros de Hermosillo.

Este relato de la atención institucional al uso problemático de drogas en Hermosillo, evidencia que considerar a los usuarios de drogas como sujetos de derechos aún es una utopía. El internamiento compulsivo es la máxima expresión de las violaciones a sus Derechos Humanos. En general, no se les hace partícipes de su propio tratamiento, primando la autoridad del profesional o del director del centro sobre el usuario mismo. Paradójicamente, el único responsable del éxito del tratamiento es el usuario, por lo que cuando se presenta una recaída no se cuestiona la efectividad del proceso, sino la voluntad del sujeto, como si el control de las enfermedades mentales dependiera exclusivamente de los individuos.

Por otro lado, los costos de la atención al uso de drogas recaen principalmente en la familia y en los muy escasos recursos públicos destinados a la salud mental de las poblaciones pobres, mayoritarias en México. Las familias, no sólo enfrentan el estigma de tener un miembro “adicto”, sino que enfrentan además el reto de financiar los tratamientos, cuya calidad es siempre

cuestionada y poco supervisada. De este modo, tener un familiar usuario de drogas se convierte potencialmente en un factor que aumenta las desigualdades existentes, al constituirse en una fuente más de vulnerabilidad para las familias empobrecidas, pues no sólo “pierden” una fuente potencial de ingresos, sino que además deben invertir en su recuperación. Es en este marco de insuficiencia institucional que el uso problemático de drogas se convierte en un evento traumático y sin retorno, no sólo para el sujeto, sino para su familia y su comunidad barrial. Los relatos que presento más adelante permitirán ejemplificar esta situación.

Veamos ahora como se ha instituido a nivel local la respuesta al VIH/SIDA y las características con que se brindan los servicios a PID en Hermosillo.

5.2.2 Atención al VIH/SIDA en Hermosillo

De acuerdo con entrevistas realizadas a funcionarios del Programa Estatal de VIH de Sonora, (PEVIH) al año siguiente de la aparición del primer caso de VIH en Sonora en 1983, se creó un equipo interdisciplinario de atención a personas que viven con VIH¹¹⁴ y se empezaron a implementar campañas informativas a la población general en el Estado.

En 1989 se creó el Centro de Información para la Salud (CISAN), oficina especializada en la atención en VIH al interior del Hospital del DIF en Hermosillo, y donde se daba atención a los primeros pacientes.

En la década de los noventa, tras la llegada de las pruebas de VIH, se empezó a conformar una red de detección que luego se vinculó con las jurisdicciones sanitarias, pero fue sólo hasta el 2003 cuando apareció el PEVIH de Sonora, cuya principal tarea era llevar el control epidemiológico del virus a través del seguimiento y registro de casos, por lo que se empezaron a hacer mapas epidemiológicos por población, municipio y colonias.

En 2005, dada la mayor afluencia de pacientes, se reubicó el CISAN en un auditorio frente al Hospital del DIF, y a partir del 2006 se abrió con el nombre de CAPASITS (Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual). La característica principal de este centro es que es una unidad ambulatoria de especialidades médicas (UNEME), que responde al tercer momento en el proceso de descentralización de los servicios de salud, por

¹¹⁴Este equipo no conformaba un programa de atención como tal, sino un grupo de profesionales que se capacitaba en diferentes aspectos de la atención al virus.

lo que solo atiende a pacientes estables y con patologías relacionadas al VIH mismo. Si la persona presenta una agudización del cuadro clínico o un padecimiento específico, es remitida al Hospital General del Estado.

De acuerdo con el PEVIH, a partir del 2006 empezó a incrementarse el porcentaje de PID que viven con VIH en el estado, y entonces a partir de esa fecha se empezaron a implementar capacitaciones al personal de salud para atender las necesidades específicas de esta población. A partir del 2007, el personal del CAPASITS inició el acompañamiento a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que realizaban actividades de reducción de daño en lugares de encuentro y realizó aplicación de pruebas de VIH con consejería y talleres de información en centros de tratamiento y en la prisión, actividades que se mantuvieron hasta 2011, año en que se suspendieron por falta de presupuesto y personal.

En 2009 el Programa Estatal inició la implementación de capacitaciones en Reducción de Daños en las unidades de desintoxicación del Estado (Hospital Carlos Nava, Hospital Cruz del Norte, CIJ, CAPA). Se produjeron materiales específicos para la población PID y se distribuyeron paquetes de prevención a través de las OSC que realizaban trabajo en espacios de encuentro. En ese año, en alianza con El Colegio de Sonora, se llevaron a cabo seminarios sobre VIH y PID con diversos actores institucionales con el fin de posicionar el tema de reducción de daños y sensibilizar a los actores institucionales al respecto.

A partir de la segunda mitad del 2010, la Organización Population Services International (PSI México) empezó a realizar actividades de prevención de VIH con PID en espacios de encuentro y centros de tratamiento con financiamiento de USAID y CENSIDA. A partir del 2012 y hasta el 2013, se empezaron a implementar acciones de reducción de daño en el marco del proyecto Ronda 9 del Fondo Mundial. Durante este último proyecto, se distribuyeron 3,244 paquetes de prevención en la ciudad y se realizaron 409 pruebas voluntarias de VIH a la población. También en el marco de este proyecto, se levantó la encuesta que constituye el componente cuantitativo de esta investigación. Sin embargo, este proyecto fue suspendido a partir del 2013 y desde entonces no se implementan acciones continuas de prevención de VIH en calle, por la falta de financiamiento.

Según funcionarios del PEVIH, los principales retos que implica el trabajo con PID en Hermosillo a nivel institucional, es la poca sensibilidad de la Secretaría de Salud frente a este tipo de acciones, por lo que en cada nueva administración se hace necesario volver a posicionar el tema,

pues hay quejas de los mismos funcionarios de la secretaría frente a los mensajes de los trípticos y la distribución de los paquetes de prevención. Así mismo, los funcionarios mencionan la dificultad para vincular al CONADIC con las acciones de prevención de VIH, así como la falta de atención especializada para PID en la ciudad, de modo que se los trata como a otros usuarios de drogas, desconociendo sus trayectorias más complejas de uso de drogas, su relación más dependiente con las mismas y las condiciones bioquímicas que implica el síndrome de abstinencia.

Al momento de las entrevistas, no había ni un solo PID en tratamiento en el CAPASITS. Según el personal del CAPASITS, un requisito para que los PID accedan a tratamiento es que se encuentren en un centro de rehabilitación, pues es la única manera de garantizar la adherencia. Cabe mencionar que se han realizado estudios que demuestran que los usuarios de drogas tienen una adhesión global a tratamiento antirretroviral similar a lo reportado para otras poblaciones **Fuente especificada no válida..** A su vez, en algunos de los centros de rehabilitación visitados durante el campo, se encontró cierta resistencia a recibir a usuarios que viven con VIH. El discurso en estos centros es que no cuentan con los servicios especializados para darles la atención que necesitan, sin que especifiquen cuáles son estos servicios.

Para acceder a tratamiento antirretroviral por parte del CAPASITS, los usuarios necesitan estar afiliados al Seguro Popular, lo que a su vez implica contar con su credencial del IFE, lo que no siempre es fácil para ellos, debido su alta movilidad y sus antecedentes judiciales. Estos trámites institucionales requieren un acompañamiento, pues de otra forma enfrentan el peregrinar entre una institución y otra para la obtención de todos los documentos necesarios, proceso que termina desincentivando la asistencia al CAPASITS.

Este relato de la atención al VIH en Hermosillo, muestra un escenario de recursos públicos dirigidos a la atención a personas con VIH, pero una atención muy reciente e inconsistente para la población de PID, cuya vulnerabilidad al VIH es mucho mayor que la de la población general. Las intervenciones dependen principalmente de financiamiento internacional, lo que genera poca continuidad y pocos procesos de concertación comunitaria en campo, lo que a su vez se revierte en poca apropiación de los procesos de intervención por parte de la población misma.

Condicionar el acceso a tratamiento antirretroviral a la condición de estar internado en un centro de tratamiento para el uso de drogas, refleja la presencia de estigmas frente a la población que consume sustancias por parte de las mismas instancias de salud pública, lo que termina

obstaculizando el acceso a este derecho fundamental. Las PID que viven con VIH enfrentan además un doble estigma asociado a la condición de vivir con VIH al momento de solicitar internamiento en los centros, lo que pone a los usuarios en una situación de máxima vulnerabilidad para el acceso a servicios de salud.

Agleton y Parker (2002) plantean cómo los procesos de estigma y discriminación son construcciones sociales que se montan sobre estructuras de desigualdad social ya construidas, sumándose a un entramado de desigualdad ya existente. En el contexto de este estudio, es muy posible que quienes se enfrentan de manera más radical al estigma y la discriminación sean los usuarios más vulnerabilizados y con menores recursos financieros, sociales y personales para lidiar con su uso problemático de drogas, que son, a su vez, los más vulnerables frente a una potencial infección por VIH.

De otro lado, si bien existen los mecanismos nacionales para hacer frente a la epidemia en esta población, a nivel local no se logra una adecuada integración entre las diferentes instituciones que trabajan en salud mental y VIH, y entre éstas y las organizaciones comunitarias, para alcanzar una respuesta unificada y sostenida en el tiempo frente la epidemia de VIH y la epidemia de uso de drogas inyectadas, lo que redundo en barreras para el acceso a los servicios en esta población especialmente vulnerable.

En Hermosillo, vemos la confluencia de una epidemia de uso de drogas a partir de 1990 y la epidemia de VIH entre la población de inyectores a partir del 2000. Así, la llegada del SIDA confluye con la aparición de la figura del adicto, que se empezaba a construir desde el discurso de los programas de salud mental durante la década del noventa. De cierta manera, la llegada del VIH, permitió que el paradigma médico sobre el uso de drogas adquiriera una relevancia fundamental para el caso del abordaje del uso de drogas inyectadas, y consolidó el estigma frente al adicto como un sujeto peligroso que requiere internamiento y aislamiento. La cárcel sigue siendo el principal espacio de internamiento para estas personas, que son los indeseables de nuestra época, población excedente.

Por su parte, el discurso médico-hegemónico sobre la adicción contribuye a construir una identidad en los mismos usuarios, en la cual ellos se viven como sujetos con poca capacidad de agencia sobre sus condiciones de salud. El énfasis en el internamiento compulsivo y la abstinencia y la inclusión de discursos religiosos en los centros de tratamiento, conllevan a que aquellos que

no logran “mantenerse limpios” sean culpados de sus propias recaídas, y de esta manera queda reforzado el estigma, y con él la naturalización de la discriminación, la exclusión y la privación de sus derechos fundamentales. Los usuarios se convierten en sujetos despojados de su ciudadanía, que desconocen los mecanismos para exigir su derecho a la salud, pero al mismo tiempo que legitiman y reproducen los procesos de estigma y discriminación de los que son objeto. En este contexto, la infección por VIH y la muerte por SIDA terminan siendo profecías auto-cumplidas, una suerte de castigo por realizar una práctica social estigmatizada.

Vemos como en cinco décadas se desarrollaron dispositivos discursivos, tecnologías médicas y prácticas que por un lado definen comportamientos normales y anormales, formas normales y anormales de búsqueda del placer y por el otro sancionan lo anormal, como el uso de drogas. Las sanciones todas se expresan sobre el cuerpo del “adicto”: La cárcel, el anexo, el letargo que produce la metadona y la dependencia a ella, la infección por VIH, la muerte por SIDA. En casi todas las alternativas de tratamiento, la sumisión es la meta, los cuerpos rebeldes y libres se convierten a través de la intervención institucional en cuerpos dóciles, apaleados, culpabilizados, estigmatizados. Los cuerpos que se resisten al disciplinamiento, son desechados, dejan de “valer la pena”, para ellos no hay tratamiento de VIH, ni acceso a metadona, el precio de su insumisión es la muerte.

5.3 Historizar para confrontar estereotipos. ¿Qué nos queda de este contexto histórico?

En este capítulo he descrito las transformaciones demográficas, sociales, económicas y políticas que experimentó Sonora -y Hermosillo en particular-, desde 1950 hasta nuestros días. Este relato permitió situar las condiciones en las cuáles se forjó el sector social al que pertenecen los sujetos participantes en este estudio y sus familias. Los datos recopilados, permitieron mostrar cómo a lo largo de las seis últimas décadas, Sonora y Hermosillo han experimentado un aumento importante en la desigualdad social y económica, que se expresa en las mayores dificultades de los sujetos de las generaciones más jóvenes para ingresar en el mercado laboral, una disminución de las posibilidades reales de ascenso social y mayor aislamiento entre distintos sectores sociales. Como bien lo menciona Bourgois (2010:20), “los nietos y bisnietos de los campesinos lumpenizados no encuentran un modo de interactuar productivamente con ningún sector legal de la economía mundializada y terminan atrapados en tugurios, villas miseria, barriadas,

sobreviviendo a base de la única economía en la que aún es fácil encontrar trabajo: el comercio callejero de drogas”.

Paralelamente ha habido un aumento en la disponibilidad y uso de drogas y la conformación en las últimas cuatro décadas de discursos disciplinantes frente a las formas de identidad que construyen los jóvenes de sectores populares y en particular frente a las formas de experimentación del placer a través del uso de drogas. El encierro de los y las jóvenes “ingobernables” que rápidamente se convierten en “adictos” se ha convertido en la principal estrategia de las familias, pero también de la fuerza pública que recurre al encarcelamiento aplicando la política de “mano fuerte” contra las drogas. Estos discursos poco reconocen los efectos que tienen las condiciones estructurales de vida sobre las biografías de los sujetos y siguen tendiendo a individualizar los riesgos y las dinámicas de uso de drogas y a patologizar las búsquedas de placer y de escape al sufrimiento social cotidiano.

Mi interés al presentar el capítulo contextual previo a los relatos, era situar las biografías de uso de drogas de los participantes y el debate en torno al uso intenso de drogas más allá de los individuos, como un síntoma del aumento de la marginación social y la alienación en la que los jóvenes populares urbanos de Hermosillo enfrentan su vida. En los capítulos sucesivos presentaré un análisis de algunos de los eventos que constituyen las trayectorias de uso de drogas enfatizando en las diferencias generacionales encontradas.

5.4 Trayectorias de uso de drogas de 13 varones inyectores entrevistados

Para acercarme a los procesos y trayectorias, a las diferencias generacionales y a la construcción de la relación entre sustancia-sujeto y contexto, en el análisis cualitativo me propongo comprender cómo viven las transiciones de uso de drogas un grupo de hombres inyectores, cómo significan el uso que hacen de las drogas, cómo es el contexto sociocultural en el que se socializaron, cuáles son los hábitos y estilos de vida de sus grupos de pertenencia, cómo responde el Estado y la sociedad civil al fenómeno de uso de drogas y VIH en la ciudad, cuáles son las estrategias de los sujetos para hacer frente al contexto de vulnerabilidad en que viven, y qué elementos de sus trayectorias de vida y sus narraciones subjetivas podrían ayudar a entender las diferencias en la prevalencia del VIH encontrada en los usuarios de Hermosillo en comparación con los de Tijuana y Ciudad Juárez.

Este análisis se centra en las 13 entrevistas en profundidad realizadas a varones usuarios de drogas inyectables en Hermosillo en 2014. El análisis enfatiza en los eventos que específicamente constituyen una trayectoria de uso de drogas y las edades y contextos en que son vividos por los sujetos de acuerdo con su condición generacional. Este tipo de análisis es común en los estudios de población, específicamente en el estudio de trayectorias laborales, migratorias, sexuales y reproductivas, y pone énfasis en la medición del cambio de elementos específicos o de determinadas variables a lo largo del tiempo. Aquí la edad adquiere un papel fundamental, al constituirse en un índice del paso del tiempo. Como lo expresan Pacheco y Blanco (2012:492), por un lado, “la edad se convierte en el principal criterio de clasificación, ordenamiento y asignación en las sociedades y, por otro lado, el año de nacimiento (cohorte) es una especie de variable proxy que conecta al individuo y lo ubica en determinado tiempo histórico”. Sin embargo, no se trata de enunciar sólo las edades y las secuencias, pues los itinerarios se construyen con acciones y prácticas anidadas por representaciones y significados del sujeto, por ello recupero algunos comentarios de los narradores con respecto a sus representaciones frente a ciertas drogas, formas de usarlas y las razones que motivaron su uso.

Con este análisis pretendo recuperar la diversidad de los itinerarios de uso de droga, al tiempo que las coincidencias inter e intra-generacionales en la manera como son vividos los distintos eventos que conforman las trayectorias de uso de drogas. La dimensión central de este análisis son los cambios en el tiempo de la vida.

5.4.1 Historias generacionales de iniciación en el uso de drogas ilegales. Del resistol a la marihuana y de la cocaína a la heroína y el cristal.

El cuadro 29 muestra las edades a la primera droga y el tipo de drogas de inicio de los entrevistados, organizados de acuerdo con su generación de nacimiento (1965-1971; 1979-1984; 1988-1993). El cuadro indica que la mayoría de los participantes vivieron el inicio de uso de drogas entre los 10 y los 13 años, esto quiere decir entre los años 1975 y 1984 para la primera generación, entre 1989 y 1997 para la segunda generación y entre 1998 y 2007 para la última generación. Estas fechas corresponden, según la cronología del desarrollo del narcotráfico en México, a la expansión de la marihuana, la consolidación de México en el mercado de la cocaína y al advenimiento de México como principal proveedor de heroína y metanfetamina (cristal) en Estados Unidos. Estos momentos históricos tienen su correlato en las tendencias generacionales de inicio de uso de drogas

y las transiciones posteriores, tendencias que venía advirtiendo desde el análisis cuantitativo. Veamos en detalle el inicio del uso de drogas para cada generación.

cuadro 29. Características seleccionadas de las trayectorias de uso de drogas de los entrevistados según generación. Hermosillo, Sonora. México, 2014

	Año de nacimiento	Edad 1ª droga	1ª droga
Generación 1965 – 1971			
Caro	1965	10	Resistol
Pirata	1965	8	Resistol
Paco	1971	14	Marihuana
Generación 1979 – 1984			
Axel	1979	15	Marihuana
Jim	1980	13	Marihuana
Murphy	1980	10	Marihuana
Edgar	1980	14	Marihuana
Aurelio	1983	12	Pastillas
Pirela	1984	11	Marihuana
Generación 1988 – 1993			
Vicente	1988	12	Marihuana
Jirafa	1989	11	Coca inyectada
Pelón	1992	15	Cristal fumado
James	1993	12	Marihuana

5.4.1.1 1965-971. Resistol, pobreza y camaradería.

El Resistol fue la droga de inicio más común en los entrevistados de la primera generación (nacidos entre 1965 y 1971), quizá asociado a las condiciones socioeconómicas precarias del contexto (sectores marginales urbanos cuyos padres fueron inmigrantes de origen rural). También es una generación en la que se reportan edades muy tempranas de inicio de drogas (8 y 10 años en el caso de Caro¹¹⁵ y Pirata¹¹⁶ respectivamente).

¹¹⁵ Para leer un resumen de Caro ir al apartado siguiente: Análisis narrativo, pues este es uno de los relatos biográficos que analizo en profundidad.

¹¹⁶ Conocía a Pirata desde 2010, cuando hacía trabajo etnográfico acompañada de F. Desde el primer contacto se mostró abierto y amigable conmigo. En esta ocasión me lo topé por casualidad, mientras hacía trabajo etnográfico en uno de los barrios del norte de la ciudad. Pirata perdió un ojo y vive en la calle, por lo que su apariencia es bastante desgastada: Está sucio, tiene pocos dientes, siempre anda con material reciclado que recoge en su deambular por las calles. Su oficio es albañil y en ocasiones le resultan “chambitas”. Hacemos la entrevista en una banqueta, en una sola sesión de alrededor de cinco horas. Durante la entrevista me siento como su hija, de hecho, él también hace ese señalamiento en algún momento. Disfruto de su historia, lo siento muy relajado y fluido, se permite delirar por momentos y regresar al hilo de la conversación.

Lo constante en casi todo su relato es la pobreza. “No aprendía porque tenía hambre, si ella [la maestra] me hubiera dado algo de comer, seguro hubiera aprendido algo (...) Allí éramos muy pobres en la casa de cartón”. Se escapó

Si bien, los relatos dejan ver que estos entrevistados habían visto a otros jóvenes un poco mayores usando marihuana, pareciera que su acceso no era tan fácil, o existía alguna barrera -que no exploré- que hizo que ellos se iniciaran principalmente con Resistol, muy posiblemente por su facilidad de acceso. El acceso al Resistol es externo al hogar, pues los entrevistados reportaron haberlo comprado en tlapalerías o a través de su grupo de amigos.

En esta generación, el uso del cigarro precede al uso del Resistol. Fumar y beber alcohol es parte del contexto social en que vivieron, por lo que parecieran ser prácticas asociadas con terminar de ser niños y empezar a ser hombres. Estos participantes no terminaron la primaria y es justo en los años antes de salir de la escuela cuando iniciaron el uso de Resistol, práctica que parecería asociarse con un escape de las situaciones de sufrimiento social que experimentaron.

“Desde muy morro me gustaron las drogas, me gustó sentirme en ese estado, no me gustaba la realidad. Yo sé que es un acto de cobardía, porque no quieres sacar lo que traes adentro. Si te drogas es porque estás herido y con la droga te quitas el dolor de esa herida”.

Caro, 1965

Una característica tanto de la primera experimentación con drogas como de su uso habitual, en esta primera generación, es que es una práctica colectiva, una forma de socialización que tiene lugar y sentido al interior del grupo de pares. Los inhalables parecieran ser una droga iniciática que propicia la camaradería a través del *“alucín colectivo”*.

5.4.1.2 1979-1984. La Marihuana y el cholismo, relajarse y ser parte del grupo

El cuadro 29 (página 224) muestra como la marihuana sustituye a los inhalantes como droga iniciática en la segunda generación de entrevistados (los nacidos entre 1979 y 1984).

Si bien todas las generaciones se enfrentan desde muy temprana edad a un contexto barrial en el que el uso de drogas es una situación al parecer normal, la situación se va agudizando a

de la casa a los 8 años y se fue a vivir a la calle en Casas Grandes – Chihuahua. A los 9 años probó la cocaína. A los 13 años entró a prisión por primera vez y a los 15 años fue papá y entró en unión. En total tiene dos hijos. Se inyectó por primera vez a los 23. No tuvo infancia, ni juventud. Vive en la calle desde siempre. De repente alguien le ayuda y sale de la calle, pero siempre regresa. *“Así me acostumbré, me gusta vivir así, ya no me gustan las casas ni las camas, me siento como sofocado, prefiero dormir a cielo abierto y sin reglas...”*

En Agosto de 2015 me cuentan que su cuerpo fue encontrado en una zanja, dentro de un baldío. No se supo la causa de su muerte. Tenía la ilusión de ir a la quinceañera de su hija, pero le daba pena porque andaba muy enganchado. Tenía miedo de morir estando enganchado, “porque así intoxicado no puedo nadar al reino de los cielos y apelar a la misericordia de dios”.

medida que los entrevistados se hacen más jóvenes. Específicamente, en aquellos nacidos entre 1979-1984, los “*cholos*” (o pandilleros) representan al mismo tiempo un referente de identidad, asociado a ciertos consumos, entre ellos, el uso colectivo de drogas, pero también inspiran temor por las peleas entre pandillas y los robos constantes en el barrio.

Es posible que la mayor permanencia en la escuela de estos entrevistados se asocie con su inicio más tardío en el uso de drogas en comparación con la generación anterior, producto de condiciones socioeconómicas menos precarias y de la inserción de sus madres en el mercado laboral de Hermosillo.

Lo que caracteriza a esta generación es la socialización alrededor de las bandas y pandillas y la vivencia de violencia en el barrio. Quizá asociado a ello, en esta segunda generación de entrevistados, aparece la representación de temor y/o coraje hacia las drogas y los usuarios de ellas. Es posible también que la aparición de estos imaginarios negativos, se asocie a la historia de la intervención institucional en adicciones, a la cada vez mayor presencia de usuarios de drogas en los barrios¹¹⁷ y a la cada vez más común asociación entre drogas y comportamientos violentos. La práctica de iniciarse en el uso de drogas pudiera interpretarse también como parte del ritual del hacerse hombre en el barrio, donde constantemente se tiene que demostrar el valor, la valentía, la hombría.

Quizás por esto último, la presencia de estos imaginarios negativos hacia los usuarios de drogas, no evita que los entrevistados terminen siendo usuarios frecuentes de drogas ilegales. Pareciera que a pesar de su deseo de no “caer en las drogas”, los mecanismos de socialización del barrio y los peligros que implica el contexto barrial, no les permiten escapar de ello. La entrada al mundo de las drogas ilegales viene dada por otros significativos (el grupo de pares, la banda de la esquina, el hermano mayor), que son referentes de identidad para los participantes y/o quienes ofrecen protección dentro de las dinámicas de socialización violenta del barrio (robos, peleas), configurando un entorno favorable para iniciar la trayectoria de uso. Sin embargo, cada participante expresa relaciones distintas con la droga desde esa primera vez aún dentro de la misma generación.

“Cuando entré a la secundaria, todos mis compañeros fumaban y yo empecé a fumar tabaco porque se me hacía normal ver a todos fumando. La generación de nosotros

¹¹⁷ Como mencioné en el apartado de historia institucional, en Hermosillo, sólo hasta 1987 el Hospital de Salud Mental Carlos Nava abre una unidad de desintoxicación y sólo a partir 1989 el Hospital se dedica exclusivamente al tratamiento de adicciones. Es en la década del noventa que se empiezan a multiplicar los centros de rehabilitación.

siempre fuimos unidos, hacíamos todo juntos y así fue como empecé a fumar cigarro, como a los 13 años (...) Yo sí veía a los cholos que fumaban marihuana ahí en el barrio y pensaba que eran malos, bandoleros, agresivos y todo eso por la marihuana, no me imaginaba yo fumando mota con ellos... Pero un día tenía yo como 13 años, andaba con el telúrico me acuerdo, afuera de la escuela y me dijo, mira que andamos fumando mota, ¿hago uno pa' probar? Y no quería que pensara '¡uy! ¡Que marica!' y a lo mejor no me aceptaban en el grupo este, entonces dije que sí para que vieran que yo sí.

Entonces, simón, hizo uno y no más le probé y si sentí bien acá [blanquea los ojos y sonrío como expresando éxtasis]. Y lo fui haciendo más constante, más constante, al grado de que ya al rato, ya, me juntaba con todos y ya fumábamos hierba. Pero no fumaba mucho no creas que era muy constante, solamente fumaba ya que llegaba para acá [para su casa], en la escuela no tanto, era más fumar cigarros y pistear en la escuela.

Yo miraba a los muchachos con los que me quería juntar, una vez fuimos yo y el Omar para allá y estaban todos con el tiner y oía que decía 'el Jim nada más la está cagando, porque yo no lo le estaba poniendo', como que se sentía mal porque, ponerle al tiner es estar con el trapo en la boca y como que alguien no le esté poniendo y que nada más los esté viendo, les hace sentir mal a las personas. Esa vez le puse al tiner por eso, porque como que me daba cierto miedo al tiner, porque sabía que era alucinante, no quería quedar mal con ellos, cuando le pusiera con ellos, quería experimentarlo primero yo mismo. Y si también tenía como 13 o 14 años y eso si ahí yo solito, estaba la botella ahí, pero la agarré me subí al techo y me puse y ¡a la madre!, fue un alucin bien raro. Cuando lo experimenté, ¡a la madre!!!, me volví bien adicto al tiner, machín exageradamente.”.

Jim, 1980¹¹⁸

¹¹⁸ A Jim lo conocí a través de otro entrevistado, nunca lo había visto. Conduje la entrevista en una sola sesión que tomó cerca de cinco horas, en las que hubo pausas para ir a la tienda, comer, fumar un cigarro. Jim es un hombre pobre de 35 años que ha sobrevivido gracias al apoyo de la familia de su mamá, no tiene hijos y nunca ha entrado en unión. Su padre es electricista y su madre realiza oficios varios como cocinera o de limpieza. Se separaron cuando Jim tenía 4 años, al poco tiempo dejó de ayudarlos económicamente a él y sus dos hermanos mayores, por lo que vivieron mucha precariedad económica. A sus ocho años, su madre migró a Estados Unidos y dejó a cada uno de sus tres hijos con familiares, a Jim le tocó irse a San Luis Río Colorado con unos tíos que estaban en mucho mejor condición económica y tenía primos de su misma edad. A sus 11 años, la madre regresó y reunificó la familia. Inició el uso de drogas a los 13 años y a los 15 se inyectó por primera vez. Si bien también ha delinquido –principalmente con robos y venta de droga– la delincuencia no ha sido la característica de su vida y nunca ha estado en prisión. Más bien, el uso de drogas en su vida aparece ligado a la necesidad de encajar, de ser aceptado, de participar en fiestas y tocadas, la socialización con amigos que no están delinquiendo y el abandono que siente por parte de su familia. Al momento de la entrevista, Jim llevaba tres meses en tratamiento con metadona, usaba pastillas y marihuana también, estaba desempleado y vendía flores que hacía con latas de refresco.

Lo seguí viendo cada vez que iba al mercado. Siempre estaba con grupos de usuarios más jóvenes que él. Él tiene esta apariencia de joven clase mediero alternativo venido a menos. En todas las ocasiones que nos encontramos fue muy jovial conmigo, me introducía en sus conversaciones con sus amigos y siempre disfruté de esas sesiones donde el tema era generalmente la música o algún concierto o evento cultural que iba a tener lugar en la ciudad. Siempre me preguntaba por mis entrevistas, siempre me ofrecía conectarme con otras personas y yo siempre accedía, siempre quedábamos en que me llamaba, pero nunca lo hizo, él no tenía teléfono para hablarle por lo que nuestros encuentros siempre eran fortuitos. Un mes antes de terminar el campo dejé de verlo y al preguntar por él me contaron que estaba trabajando en un lugar de lujos para carros. Una quincena lo vi y me comentó “*verás que lindo se siente ganarse el dinero, tener dinero, hacía mucho tiempo no tenía esta sensación*”.

En el relato de Jim, su principal motivación es la necesidad de pertenencia a un grupo. Cuenta cómo se cuestionó ante la propuesta de su amigo de fumar marihuana todos los días, sentía miedo de volverse un “vicioso”. Sin embargo, también deseaba pertenecer a un grupo para sentirse a salvo del acoso de las pandillas y ello lo lleva a iniciar el uso de drogas¹¹⁹. Sus temores frente a la droga se van borrando - o al menos disminuyendo -, a medida que va avanzando en la trayectoria, a medida que experimenta con nuevas drogas y que encuentra nuevos satisfactores (compañía, placer, valor, respeto, un lugar en el mundo).

“Yo empecé a usar drogas desde los 10 años me fumaba las bachitas de mi hermano más grande, como fue rockero en sus tiempos y ensayaban aquí en la casa, hacían sus fiestas, los veía bailar slam... Me llamaba mucho la atención todo eso, me parecía como que es otro rollo, como que es una onda que está en contra la sociedad, como rebelarte de la sociedad, la familia, todo eso. Con la mota empecé a sentir otros efectos que con el cigarro. A la misma vez de sentirme tranquilo de mi hiperactividad, podía hacer maldades, hacer travesuras, o sea, algo diferente (...) Después me di cuenta que los cholos de la esquina fumaban y busqué hacerme con ellos. Ya con ellos conseguía siempre. Buscaba eso, sentirme a gusto, relajarme”

Murphy, 1980¹²⁰

En Murphy, su acercamiento a las drogas parte de su necesidad de expresar rebeldía, pero es el efecto de la marihuana el principal factor que genera enganche con esta sustancia. En su caso, la marihuana le ayuda a liberar su ansiedad, funge como una estrategia de automedicación ante su

¹¹⁹ Jim narra con particular emoción el contexto de guerra de gangas y el temor que infundían en él *los cholos*, lo que, junto con su sentimiento de cierto abandono por parte de su familia, explican esta necesidad de pertenencia, que podríamos decir que es necesidad de protección.

¹²⁰ La entrevista con Murphy la conseguí a través de un contacto que trabaja como psicólogo en un centro de rehabilitación y quien me ofreció el espacio para conseguir algunas entrevistas. El principal problema que encontré en este contexto es que los sujetos no toman decisiones por sí mismos, sino que es el director quien decide qué hacen, incluyendo participar o no en la entrevista, por lo que es la única entrevista que realicé en este espacio. Conduje la entrevista en una zona colectiva del centro y tuvo una duración total de cerca de cinco horas. A medida que avanzaba, sentí como aumentaba la desesperanza en su relato. Constantemente pasan personas por el corredor, en ocasiones se me hacía difícil escucharlo, había mucho ruido. Ocasionalmente alguien se acercaba y golpeaba con fuerza el saco de boxeo que estaba justo al lado nuestro. Yo estaba sentada frente a él, de espaldas al corredor, él tenía mirada panorámica de todo lo que sucedía.

Murphy es un hombre de 34 años, que inicia su uso de drogas a los 10 años con el uso de marihuana y se inyecta por primera vez coca a los 14. Es un experimentador, buscador de sensaciones a través de la mezcla de drogas. Cuenta con el apoyo de su familia clase mediera. Su padre es funcionario público y su madre es maestra. Tiene una historia temprana de criminalidad, pero hasta los 18 cae a la cárcel por primera vez. Nunca ha entrado en unión, pero tiene dos hijos. Lleva un mes internado de manera obligatoria por su familia. Antes de estar en el centro estaba vendiendo drogas en una casa en el norte de la ciudad. Todo su relato es muy elocuente y siempre me hace saber que tiene muy buenos contactos.

dificultad para manejar sus emociones (frustración, enojo, angustia), que en sus palabras es su “*problema de hiperactividad*”.

En esta segunda generación de entrevistados, con excepción de Aurelio, el cigarro precedió la entrada a las drogas ilegales. Sólo Aurelio reportó haber usado alcohol antes de experimentar con otras drogas. Dado que Sonora es uno de los estados de la República con mayor prevalencia de uso de alcohol¹²¹, me resulta un poco extraño este hallazgo, una explicación posible es que el alcohol es más costoso que algunas drogas y contrario a lo esperado, los participantes no acceden fácilmente a él en sus casas. En contraste, el Resistol y la marihuana son muy económicas y fácilmente accesibles.

5.4.1.3 1988- 1993: Los recios. Cristal, estigma y desvinculación

Por su parte, los más jóvenes de la muestra (nacidos a partir de 1988, tercera generación) reportan haberse iniciado con cocaína y cristal, además de marihuana, situación que observo también en el análisis cuantitativo de la encuesta, lo que habla de contextos diferentes en términos de drogas disponibles. En general, pareciera que conforme los entrevistados se hacen más jóvenes, hay mayor diversidad de drogas de inicio, lo cual responde a la mayor oferta de drogas en los mercados locales. Según Grillo (2011), es a partir del 2000 que México se convierte en el principal productor de metanfetaminas en el mundo, y el principal productor de heroína de América, lo que podría asociarse con este aumento en el uso de cristal y la heroína en Hermosillo y Tijuana, especialmente en las generaciones más jóvenes. El mayor control que ejerce el Cartel del Golfo sobre las dinámicas de uso de drogas en Ciudad Juárez explicaría que en esta ciudad, el uso de cristal sea casi nulo.

En estos jóvenes usuarios, encuentro que la estigmatización en torno al uso de drogas, genera procesos más radicales de marginación y auto marginación con respecto a otros jóvenes del barrio que no son usuarios de drogas, cuyas dinámicas de uso no son tan intensas, y/o que no participan en sus dinámicas de ilegalidad. Es mayor segregación de “buenos” vs. “malos” muchachos en el barrio, juega un papel fundamental en la construcción de sus estilos de vida y el papel que en ellos toma el uso de drogas ilegales, pues al limitar los intercambios de sociabilidad

¹²¹ La Encuesta Nacional de Adicciones 2011, al comparar las tendencias observadas en 2002 y 2011, encuentra un aumento en el porcentaje de personas entre los 12 y 65 años que reportan haber usado alcohol alguna vez en la vida (64.9% vs. 71.3%) en el último año (46.3% vs. 51.4%), en el último mes (19.2% vs. 31.6%) y en el porcentaje de personas con dependencia (4.1% vs. 6.2%). La región Nororiental, donde está Sonora, es aquella con mayor prevalencia de consumo consuetudinario (12.8% vs. 5.4% el nivel nacional). (Villatoro-Velázquez, y otros, 2012)

entre unos y otros, promueve procesos diferenciados de construcción de identidades con valores diferentes, lo que contribuye a la marginación de los usuarios.

Los entrevistados de generaciones anteriores, no parecieran haber vivido de manera tan evidente este proceso de segregación. Siempre relatan intercambios con otros sujetos no-usuarios, con parejas no-usuarias, con otros actores sociales que les permiten acceder a un trabajo legal, aunque sea por poco tiempo. En contraste, los entrevistados más jóvenes, parecieran estar más encerrados en “guetos de usuarios” al interior de los barrios.

“Yo siempre dije, nunca me voy a inyectar. Antes de que me drogara, decía yo nunca me voy a drogar. Luego dije, nunca me voy a inyectar. Un día estando ya bien píldoro dije, a ver qué se siente acá y me inyecté coca... Pensaba que la gente que se drogaba estaba mal y los que se inyectaban, peor, que eran lo más bajo acá y mírame. Por eso cuando uno se empieza a inyectar, ya como que deja de ver a cierta gente, más sana por así decir, porque como que te da cierta pena que te descubran y empiezas a andar con puro jaipo, porque te la llevas pensando no más en la dosis”

Axel, 1979

El estilo de vida al interior del gueto brinda placer, alivio al sufrimiento social y una alternativa de manejo de emociones como la vulnerabilidad, la frustración, el enojo, la angustia y la incertidumbre, entre otras; ofrece además protección, pertenencia, camaradería y oportunidades de generación de ingresos. Es un espacio donde son valorados y no son juzgados, contrario a lo que sucede en sus familias, la escuela y el espacio más amplio del barrio y la ciudad.

5.4.2 Irse recio. Intensificación de las trayectorias de uso de drogas

El cuadro 30 resume algunas de las drogas por las que han transitado el total de participantes entrevistados y entre paréntesis presento las edades al primer uso de cada una de ellas.

5.4.2.1 1965-1971. Transiciones espaciadas y mercado limitado.

En la primera generación de entrevistados, el paso de la primera a la segunda droga toma entre dos y seis años, de la segunda a la tercera entre uno y dos años y de la tercera a la cuarta entre dos y seis años. Se puede hablar de transiciones espaciada entre una droga y otra. La cocaína está más presente en estos usuarios mayores y empiezan a usarla más tempranamente en sus trayectorias, mientras que el cristal aparece mucho más tardíamente.

5.4.2.2 1978-1984. La diversidad del mercado de drogas y de los itinerarios de su uso

Al pasar a la segunda generación, aumenta la diversidad de las trayectorias y el repertorio de drogas disponibles y se acorta el tiempo de paso de una droga a otra. El paso de la primera droga a la segunda, toma para esta segunda generación de participantes un año o menos en la mitad de los casos (3/6), y entre dos (2/6) y tres años (1/6) en el resto de casos. Otro elemento interesante es que no se vuelven a mencionar las pastillas en términos genéricos, sino que se habla específicamente de las Rivotril, que parece que se popularizan en esta generación.

“De repente llegó un muchacho para acá que vendía pastillas y siempre traía un chingo, llegaba y nos daba o nos vendía a 5 pesos, entonces andábamos bien empastillados, pero exageradamente, todo el Sahuaro andaba bien empastillado, era por ahí como de 1995, 1996, yo tenía como 15 años”.

Jim, 1980

Cuadro 30. Trayectorias de uso de drogas entre participantes entrevistados según generación de nacimiento. Hermosillo, Sonora. México, 2012

Generación 1965 – 1971						
	Año de nacimiento	1ª droga	2ª droga	3ª droga	4ª droga	5ª droga
Caro	1965	Resistol (10)	Marihuana (13)	Pastillas (Valium) (14)	Bombitas, Rash, coca inhalada, piedra (16)	Speedball* inyectado (21)
Pirata	1965	Resistol (8)	Coca inhalada (13)	Marihuana, Heroína inhalada (16)	Pastillas (Reinol) (22)	Speedball iny. * (23)
Paco	1971	Marihuana (14)	Pastillas (Reinol) (16)	Heroína inyectada (22)	Cristal fumado (25)	Speedball iny. * (26)
Generación 1979 – 1984						
	Año de nacimiento	1ª droga	2ª droga	3ª droga	4ª droga	5ª droga
Axel	1979	Marihuana (15)	Resistol, (15)	Alucinógenos (hongos, peyote, LSD); éxtasis; opio (16)	Coca inhalada (18)	Rivotril (21)
Jim	1980	Marihuana Resistol (13)	Rivotril Coca inhalada (14)	Valium inyectado (15)	Ice fumado (27)	LSD, éxtasis, cristal fumado (28)
Murphy	1980	Marihuana (10)	Rivotril (12)	Coca inhalada (13)	Coca inyectada (14)	Heroína inyect. (17)
Edgar	1980	Marihuana Resistol (14)	Rivotril Coca inhalada (15)	Coca inyectada Heroína inyectada (16)	Cristal inyectado (18)	
Aurelio	1983	Rivotril (12)	Resistol (14)	Marihuana (15)	Coca inhalada, Cristal fumado (16)	LSD, éxtasis (20)
Pirela	1984	Marihuana (11)	Resistol (14)	Rivotril Coca inyectada (16)	Piedra (19)	Heroína inhalada (24)
Generación 1988 – 1993						
	Año de nacimiento	1ª droga	2ª droga	3ª droga	4ª droga	5ª droga
Vicente	1988	Marihuana (12)	Rivotril (13)	Coca inhalada (14)	Piedra (19)	Cristal fumado (24)
Jirafa	1989	Coca inyectada Marihuana (11)	Heroína iny (12)	Rivotril, Resistol Cristal (17)		
Pelón	1992	Cristal fumado Marihuana (13)	Rivotril, Diazepam, Clonazepam, Darvon (14)	Heroína inyectada (18)	Cristal inyectado (19)	
James	1993	Marihuana (12)	Cristal fumado (14)	Thiner (15)	Heroína inhalada (16)	Heroína inyect. (17)

* *Speedball* es la combinación de cocaína y heroína inyectados.

Para esta segunda generación, el paso de la segunda a la tercera droga ocurre en casi todos los casos – la única excepción es Pirela¹²² – en el intervalo de un año. En esta generación, cuatro de los seis entrevistados experimentaron el uso inyectado de alguna droga antes de los 18 años, en todos estos casos, la primera droga inyectada es la cocaína, no la heroína ni el cristal. El cristal aparece en esta generación después de los veinte años. La excepción es Edgar¹²³, quien conoce el cristal en un viaje a Nogales a los 18 años. Estos hallazgos vuelven a subrayar la importancia de los mercados locales de drogas en la forma que toman las trayectorias de uso.

No es casualidad que justamente a finales de los noventa sea el momento histórico en que México controla el tráfico de cocaína a Estados Unidos, por lo que es posible pensar que hay mucha más disponibilidad de esta droga en el barrio en Hermosillo, lo que favoreció no sólo mayor prevalencia de uso, sino también, mayor experimentación con ella a través de diferentes vías.

Los relatos muestran además la diversidad de sentidos que cada uno de los sujetos da a las diferentes drogas, sus búsquedas o satisfactores particulares en relación con ellas, y los espacios y escenarios con los que las asocia, elementos que terminan por construir ciertas preferencias de uso muy relacionadas con sus estilos de vida. En unos, lo principal es su deseo de experimentación, la

¹²² Es un hombre de 31 años, nació en otra colonia también del norte, pero de niño sus papás se vinieron a invadir un terreno en la colonia de residencia actual. Inició su historia de uso de drogas con la marihuana a los 11 años y se inyectó por primera vez a los 17. También tiene una trayectoria criminal temprana (12 años cae por primera vez a “la granja”). Actualmente vive con sus papás y no trabaja, pues hace 4 meses que salió de la cárcel. Se ha unido dos veces y tiene 3 hijos entre uno y cinco años.

A Pirela lo conocí haciendo etnografía en uno de los barrios del norte de Hermosillo. Después de varias veces de habérmelo encontrado en la misma esquina y de haber platicado con él de manera informal, le pedí la entrevista y me la concedió para el siguiente día. Cuando regresé, no estaba disponible, lo que hizo necesario que lo esperara por cerca de cuatro horas mientras conseguía su dosis de heroína, pues andaba con la malilla y ese día, el distribuidor que vendía *cincuentitas* no tenía. Realicé la entrevista en la banqueta, mientras lo entrevistaba. Pirela fumaba marihuana, ocasionalmente algunos de sus amigos pasaban y saludaban. Al fondo un grupo de sus amigos lo espera y suena El Cartel de Santa. Le incomodan de manera especial mis preguntas sobre sus experiencias en prisión y las dinámicas de compra-venta de drogas. Siento que no me tiene confianza. La entrevista tomó en total tres horas. Después de esa ocasión nunca lo volví a ver.

¹²³ Edgar es un hombre de 34 años que tiene por oficio arreglar carrocerías y es originario de una colonia del norte de la ciudad. Inició el uso de drogas a los 14 años con la marihuana y se inyectó por primera vez a los 16 en el contexto de su vinculación con pandillas, lo que marcó una trayectoria criminal muy temprana. Me aseguró que llevaba dos meses sin usar ninguna droga distinta a la metadona.

A Edgar me lo presentó otro entrevistado con quien tenía mucha confianza, habían sido compañeros de pandilla durante su juventud. Tuvimos la entrevista una semana después de conocernos, en unas mesas frente a una heladería cerca al mercado. La entrevista fue difícil. Edgar insistía en coquetearme, me sentí muy incómoda, insegura a pesar de estar en un lugar público. Se quedaba dormido en momentos, especialmente cuando le preguntaba sobre temas que resultaban conflictivos – ¿por qué se separó de sus esposas?, ¿qué pasó con sus hijos?, ¿qué oficios realizaba para la mafia?, ¿con quienes no usaba condón?, si conocía personas que vivieran con VIH –. Comprendí entonces que eran detalles complejos de su vida, de los que prefería no hablar y entonces se ausentaba de la conversación. Mi estrategia fue esperar a que regresara, siempre con una respuesta corta y esquiva frente a esas preguntas. A pesar de ello, cuando le preguntaba si quería que cortáramos con la entrevista, insistía en continuar y respondió todas las preguntas claramente y con bastante lucidez. No volví a ver a Edgar después de esa ocasión.

búsqueda del placer, en otros lo principal es la sobrevivencia, encontrar alternativas a la pobreza, sobrellevar las emociones y sentimientos negativos evadiéndose.:

Las pastillas psicotrópicas permanecen como segunda o tercera droga entre generaciones, después de la marihuana en la mayoría de los casos. Las pastillas les ayudan a participar en actividades delincuenciales, anestesiándose de la ansiedad y/o el temor que les generan estas actividades y dándoles valor para encarar pleitos y peleas. Ingresan a la trayectoria de uso de drogas cuando se ha ido consolidando un estilo de vida asociado a la pandilla.

“Era de que me sentía bien valiente, no pa’ abajo bien, sino bien pa’ arriba así, y como que nadie me podía hacer nada y no me podía ver nadie porque andaba como enojado, nadie me podía ver feo. Me sentía eufórico, que podía hacer lo que yo quería, si quería agarrar algo lo agarraba así sin pensarlo. Por ejemplo, iba pasando por ahí y veía algo que me gustaba, lo agarraba, lo echaba a la bolsa y me iba caminando y me gritan ‘hey, hey, hey’ y me les quedaba mirando, ‘hey qué’ - les decía-. Así, una valentía muy, muy sinvergüenza no sé cómo llamarle”

Murphy, 1980

Otro de los escenarios donde tienen lugar las primeras experimentaciones con pastillas son las fiestas, pues facilitan la socialización con chicas, salir de la timidez, sentirse capaces de hablar con ellas, de ligar y sacarlas a bailar. Las pastillas son entonces una droga que favorece la socialización y el ser funcional al grupo de referencia, al tiempo que permite estar alerta – a diferencia de la marihuana y el Resistol –, encarando situaciones de riesgo (como robar, pelearse o pasar junto a una patrulla de policías). Sin embargo, en un segundo momento de las trayectorias de uso, cuando las pastillas son combinadas con alcohol, generan no sólo comportamientos violentos y cierta compulsión por realizar actividades ilegales como robos o asaltos, sino que su uso se acompaña de un olvido radical, una suerte de des-personificación, en la que el sujeto pierde totalmente su conciencia, el control de sus acciones, y no logra recordar lo sucedido.

“Ya las compraba yo en la calle, la compraba en 30, ya me las tomaba de 3 o 4, las usaba para asaltar y de repente me registraba y ya traía tres celulares y sentía una sensación suave porque se me borraba el tape y cuando despertaba estaba en otra parte y decía que paso o porque estoy aquí y pum dos tres cosas acá”

Pelón, 1992

En otro momento de las trayectorias, el uso de pastillas se convierte en un paliativo frente a la ansiedad que genera el síndrome de abstinencia de otras drogas (cocaína, heroína y cristal). Su uso deviene entonces en terapéutico, en tanto ayuda, además, a lidiar con síntomas como ansiedad y depresión, que son muy frecuentes en las entrevistas. En estas situaciones, las pastillas son

recetadas por médicos en los servicios de tratamiento de uso de drogas, o bien, recetadas a familiares en el seguro, lo que genera un mercado informal de compra-venta de pastillas al interior de las redes de usuarios.

La cocaína, por su parte, aparece en casi todas las entrevistas, independientemente de la generación, como un marcador social de éxito en el mundo de la ilegalidad en la que se mueven los participantes, seguramente porque es más costosa y por lo tanto de más difícil acceso para este segmento particular de jóvenes. Es particular que el uso de cocaína aparece cuando los entrevistados están en su mejor momento como vendedores de drogas.

Es particularmente relevante que el alto costo de la cocaína no genera un mercado de piedra, como sucede en el centro del país. Sólo tres de los trece participantes reportó haber usado piedra alguna vez (uno de los cuales vivió en la Ciudad de México), pero en ninguno de los casos este consumo se mantuvo en el tiempo. Pareciera que la alternativa al alto costo de la cocaína hubiese sido la heroína, que en todos los casos de esta segunda generación (6/6), nacidos entre 1979 y 1984, aparece después del uso inyectado de cocaína, como se muestra en el cuadro 31. Veremos también que una de las principales razones para pasar al uso inyectado de heroína, después de haber usado cristal o cocaína, más que el precio, es el efecto relajante de la primera en comparación con el efecto estimulante de estas últimas.

“(…) Y ya consecuentemente con las pastillas llegó la cocaína, cumpliendo casi 13 años. La probé porque había veces que estaba demasiado empastillado y me quería botar o me quedaba dormido y me decían, vente, para que te alivianes, y me gustó el mezclar drogas. En adelante me empecé a explayar, fue solo cuestión de meses para que estuviera bien prendido con la coca. Al año ya me estaba metiendo un gramo diario de coca por la nariz. Empecé usándola no más los fines de semana, pero a los meses ya era de todos los días, pues todos los días tenía, porque todo mundo me facilitaba, pues me decían ‘véndeme esto’. No batallaba pues (...)

Después empecé a caer a la cárcel a consecuencia de que ya usaba cocaína y pastillas revueltas y tenían un efecto diferente, porque como si revuelves la marihuana y las pastillas, se te bota el chango y haces muchas estupideces y muchas veces te puedes quedar hasta dormido, porque la explosión es hacia abajo, atontado, andas como flotando, pero te vale. Los movimientos son más lentos y con tanta coca inyectada, entonces empecé a quedarme trepadón, muy acelerado ya sin usar cocaína, era muy agresivo, era de reacción inmediata, no pensaba las cosas, ya la estaba regando mucho, ya estoy torciendo mucho, empecé a caer en el bote seguido, ya no duraba ni el año afuera, cuando menos pensaba me metían de vuelta a la cárcel.

Entonces ya necesitaba bajar tanta euforia y con esas mismas personas que yo veía que usaban la coca inyectada, ellos mismos me enseñaron a bajar la euforia con heroína”

Murphy, 1980

Los usuarios de esta generación, nacidos a partir de los ochenta, plantean más explícitamente la búsqueda de placer y experimentación a través del uso combinado de drogas.

“Le agarré sabor a la sensación que experimentaba con cada droga y luego las mezclaba y me gustó más, es otro rollo, la sensación que me dejaban las drogas me gustaba, por eso las mezclaba, la marihuana, las pastillas y la coca. Me gustaba subir y luego bajar y luego volver a subir”.

Murphy, 1980

En otros casos, la entrada a una nueva droga se relaciona con una crisis con una droga anterior debido al uso intenso que hacen de ellas. Así, por ejemplo, prueban las pastillas para despertarse del efecto de la marihuana, después llegan a la cocaína para salir del efecto de las pastillas y llegan a la heroína para bajarse del efecto de la coca o del cristal.

Si bien, el tratamiento no es una experiencia en la que quiera profundizar porque no hace parte de los objetivos del estudio, si es importante señalar cómo esta experiencia llega más temprano y más frecuentemente a las vidas de los participantes más jóvenes. Pirata y Caro, nacidos en 1965, se internan en un centro de tratamiento después de los 30 años, mientras que Murphy y Aurelio (nacidos en 1980 y 1983, respectivamente), viven este evento antes de los 15 años. La historia de la institucionalidad con respecto al uso de drogas impacta de manera diferencial a las generaciones de usuarios. Los centros y clínicas de rehabilitación y tratamiento son más importantes en las trayectorias de uso de drogas de las generaciones más jóvenes, por lo que es posible decir que son instituciones que ayudan a la aparición de la figura del adicto y al disciplinamiento de las formas de experimentar placer, que – como ya mencioné – no es tan evidente en la generación de los nacidos entre 1965 y 1971. Aún más, el internamiento involuntario es una experiencia exclusiva de los nacidos a partir de 1980. Sería interesante explorar de manera más profunda como los discursos internalizados a través de la experiencia de internamiento generan cambios en las emociones asociadas al uso de drogas y los discursos en torno al placer.

5.4.2.3 1988-1993. Los recios y sus transiciones aceleradas

De acuerdo al cuadro 30 (página 232), los participantes más jóvenes (nacidos entre 1988 y 1993), muestran menor diversidad de uso de drogas, pero patrones más intensos de uso, es decir, si bien en todos los casos la marihuana está entre las primeras drogas, en dos de los cuatro casos, las trayectorias inician con uso de cristal o cocaína y en uno de estos casos, el inicio de la

trayectoria de uso de drogas se abre con el uso inyectado de cocaína. Al igual que en la generación anterior, el uso inyectado de alguna droga sucede en casi todos los casos (3/4) a los 18 años o antes y el tiempo entre el paso de una droga y otra es alrededor de un año.

La diferencia generacional más fuerte que muestra el cuadro 30 es la aparición del cristal. En aquellos nacidos entre 1965 y 1971 el cristal aparece después de la heroína (no se muestra en el cuadro). En la segunda generación, los nacidos entre 1979-1984, el cristal aparece como la cuarta droga en sus trayectorias o posteriormente, mientras en los nacidos a partir de 1988, el cristal aparece entre las primeras drogas de la trayectoria, hallazgo que es consistente con lo encontrado en el análisis cuantitativo y que nuevamente pone sobre la mesa la importancia de los mercados locales de drogas en las trayectorias de uso, como he venido planteando reiteradamente.

Tanto la cocaína como el cristal aparecen en las entrevistas, asociados con la participación en actividades delictivas que implican mayor involucramiento con grupos de delincuencia donde está presente la posibilidad del homicidio, sea porque están a cargo de la casa de seguridad donde venden droga, sea porque trabajan como agentes de seguridad de algunas de las mafias locales. En contraste, en los relatos de los entrevistados de mayor edad, la cocaína se asocia netamente con la fiesta. También llama la atención que los entrevistados más jóvenes, especialmente los nacidos a partir de la segunda mitad de los ochenta comentan que, en sus trabajos ilegales, una parte de la paga es en droga, y estas drogas suelen ser justamente cocaína, cristal o heroína. Incluso, algunas veces, por realizar alguna actividad informal de sobrevivencia, como lavar carros de los policías, éstos les dan bolsas de cristal en pago por el servicio prestado.

El momento en que aparece la heroína en la trayectoria de uso de drogas es también diferente entre generaciones. En los participantes mayores, la heroína aparece una vez que se ha consolidado la trayectoria y pareciera operar como un punto de quiebre, cuando ya lo habían probado todo. Esto, en términos históricos, es a finales de 1980 y primera mitad de los noventa. En las generaciones más jóvenes, particularmente en los nacidos a partir de 1988, la heroína aparece justo después del cristal, y en casi todos los casos, como una estrategia para apaciguar los efectos secundarios de esta droga, particularmente la dificultad para dormir. Sobre los cambios en la calidad de la heroína a la que acceden las generaciones y las formas de acceder a ella ahondaré al final de este apartado.

Un elemento común en las entrevistas es el uso intenso de diferentes drogas al mismo tiempo. Por intenso quiero decir que usan varias drogas a la vez, en dosis elevadas. Este uso intenso

se puede leer como una búsqueda de límites, consumen hasta que su cuerpo literalmente se cae, y entonces recurren a una nueva droga para levantarse y seguir. También se puede entender como una muestra de masculinidad, de fortaleza, de resistencia, en ese sentido no sólo son los “más malandros” de su grupo de referencia, sino también los “más atascados”. Finalmente, puede ser entendido como la vivencia máxima del placer, donde no importa el mañana, sólo el momento presente. En casi todos los relatos, es en el marco de esta relación compulsiva con las drogas en la que se llega a su uso inyectado.

5.4.3 Inyectarse. La configuración de un estilo de vida ‘yonki’.

El cuadro 31 resume las edades a la primera droga y a la primera inyección de todos los participantes.

Los entrevistados de la primera generación, reportaron haberse inyectado por primera vez después de los veinte años, con heroína el más joven (nacido en 1971), y con *speedball* (combinación de cocaína y heroína), los mayores (nacidos en 1965). Entre la primera droga y la primera inyección pasan alrededor de 10 años.

Entre los nacidos entre 1979 y 1984, destaca el hecho de que para la mitad de ellos, su primera inyección fue con cocaína sola, con excepción de Aurelio y Axel¹²⁴, quienes se iniciaron con heroína, y Jim, con Valium. Como lo mencioné anteriormente, en casi todos los casos (4/6) la primera inyección se vive antes de los 18 años. No es coincidencia que justamente quienes viven

¹²⁴ Axel fue la primera persona que entrevisté para esta tesis. Me contactó con él un amigo del Colegio de Sonora a través del Facebook. Después de que mi amigo nos presentara por mensaje, le envié un mensaje privado explicándole el objetivo del estudio y preguntándole si le gustaría ayudarme. Me dio una cita en el mercado municipal, nos conocimos, coincidimos con viejos conocidos míos, lo que le dio confianza. Hicimos la entrevista en dos sesiones, una primera frente al Colegio de Sonora y otra en un restaurante. Cada encuentro tuvo una duración aproximada de tres horas.

Axel es lo que se conoce en el argot como “Maicero”, una persona que cuenta con el apoyo de su familia, su padre había sido funcionario público por lo que gozaba de algunas comodidades y en general, podía acceder a su dosis diaria de metadona y contaba con techo, comida y ropa aseguradas. Al momento de la entrevista, vivía en casa con su mamá y su hermano en una colonia al norte de la ciudad. A pesar de su posición socioeconómica, Axel tiene una trayectoria temprana de criminalidad con pequeños robos que lo fueron introduciendo en el mundo de las pandillas del barrio, sin que alguna vez fuese parte integral de ellas. Inició su trayectoria de uso de drogas con la marihuana a los 15 años y se inyectó por primera vez a los 21. Al momento de la entrevista llevaba seis meses en tratamiento con metadona y “sólo loqueaba a veces”, la última vez que se había inyectado heroína había sido un mes antes de la entrevista. No contaba con un trabajo, le ayudaba a su mamá a cobrar dinero de una mercancía que ella trae de Los Ángeles y vende a crédito. Le gusta la cocaína. Además de la metadona usaba marihuana y pastillas.

Vi a Axel un par de veces más durante mis visitas semanales al mercado municipal, ocasionalmente me hablaba por teléfono para saludarme y una vez terminada mi estancia en Hermosillo, continuamos el contacto de manera ocasional por Whats App y Facebook.

la primera inyección después de los 20 años hayan usado heroína, mientras que aquellos que vivieron en el evento antes de los 18 años, hayan usado cocaína o Valium, lo que nuevamente habla de las drogas disponibles en el mercado local. El intervalo entre la primera droga y la primera inyección son alrededor de cinco años, cinco años menos que la generación anterior, nacidos entre 1965-1971.

Cuadro 31. Características seleccionadas de las trayectorias de uso de drogas de los entrevistados según generación de nacimiento. Hermosillo, Sonora. México, 2014

Generación 1965 – 1971					
	Año de nacimiento	Edad 1ª droga	1ª droga	Edad 1ª inyección	1ª droga inyectada
Caro	1965	10	Resistol	21	Speedball
Pirata	1965	8	Resistol	23	Speedball
Paco	1971	14	Marihuana	22	Heroína
Generación 1979 – 1984					
	Año de nacimiento	Edad 1ª droga	1ª droga	Edad 1ª inyección	1ª droga inyectada
Axel	1979	15	Marihuana	22	Heroína
Jim	1980	13	Marihuana	15	Valium
Murphy	1980	10	Marihuana	14	Cocaína
Edgar	1980	14	Marihuana	16	Cocaína
Aurelio	1983	12	Pastillas	22	Heroína
Pirela	1984	11	Marihuana	16	Cocaína
Generación 1988 – 1993					
	Año de nacimiento	Edad 1ª droga	1ª droga	Edad 1ª inyección	1ª droga inyectada
Vicente	1988	12	Marihuana	28	Cristal
Jirafa	1989	11	Coca inyect	11	Cocaína
Pelón	1992	15	Cristal fumado	17	Heroína
James	1993	12	Marihuana	17	Heroína

Entre aquellos nacidos a partir de 1988, la primera droga inyectada otra vez se diversifica, incluyendo ahora además de la heroína y la cocaína, al cristal. En tres de los cuatro casos, la primera inyección se vive antes de los 18 años, pero no a edades mucho más jóvenes en comparación con los de la generación anterior (1979-1984). El intervalo entre la primera droga y la primera inyección para esta generación joven, es alrededor de cinco años. En esta generación también encuentro que aquél que inició el uso inyectado con cocaína, reporta una edad más temprana que aquellos que reportan haber iniciado el uso inyectado con heroína, y mucho menor que quien inició con cristal. Ahora bien, la cocaína y el cristal como primera droga inyectada,

aparecen, en la mayoría de entrevistados, vinculados con mayores experiencias de violencia desde temprana edad, lo que sugiere contextos diferenciados de uso según el tipo de droga.

5.4.3.1 Continuidades transgeneracionales

Independientemente de la generación, al analizar las entrevistas, encuentro que un elemento común es la familiaridad de los narradores con el uso inyectado de drogas. Esta familiaridad con las drogas se asocia con sus trayectorias vividas con ellas. Como bien lo planteaba Murphy en algún momento, a medida que más ahondan en su experiencia con las drogas, nuevas drogas van apareciendo, y con ello, el deseo de probarlas.

“Ya los había visto inyectándose durante tanto tiempo [a sus pares], convivía con ellos todo el tiempo. Ya los veía cuando ellos cukiaban¹²⁵. Ya sabía cuál era la buena, cuál era la Shiva, cuál era la coca, ya las distinguía”.

Murphy, 1980

De este modo, los entrevistados participan de manera cotidiana en conversaciones y en prácticas sociales que giran en torno a las drogas, a través de las cuales van construyendo saberes y expectativas que los llevarán a querer experimentar con ellas por diferentes razones, lo cual a su vez – como bien lo plantean Funes y Romaní (1985) –, va a tener un impacto en la primera experiencia con esta vía de administración.

“Yo tenía 16 años cuando entre al AMAR y ya oía los compartimientos de los compañeros que subían a tribuna, que decían de la heroína, la heroína, la heroína y me quedaba acá... como los veía todos tatuados, a los batos que subían y hablaban y decía ‘ahhh que cabrones son esos batos’, y decía algún día voy a probar la heroína y sí, salí de ahí esa vez y me aferré, anduve consiguiendo la heroína”.

Edgar, 1980

Existe un contexto de normalización del uso de drogas en general y del uso inyectado en particular, que refuerza los hábitos y estilos de vida para este momento en las biografías de la mayoría de los narradores, en los que el uso de drogas es un elemento central de socialización, de inclusión y de sobrevivencia.

¹²⁵ Se refiere a calentar la heroína con un poco de agua, generalmente sobre una cuchara o corcholata, con ello se busca en primer lugar poderse inyectar la sustancia, pues el aspecto más común de la heroína que se consigue en Hermosillo es ser como una plasta café (*black tar*) y en segundo lugar, poder separar la sustancia pura de aquellas que con las que la mezclan los distribuidores para hacerla rendir.

En la mayoría de los relatos, la primera inyección constituye un rito de iniciación, donde hay un otro significativo que facilita la inyección, y en casi todos los casos, ello implica superar el miedo a la aguja, al piquete, o bien al estigma construido frente a aquellos que se inyectan.

“La primera vez me ayudaron, porque no sabía cómo se hacía. Ellos la pegaron, pa, pa, y me dejaron 10 rayas a mí. Primero se inyectaron ellos y yo fui el último, porque se tenían que curar para estar arreglados, para luego curarme a mí, porque ellos no me podían curarme estando malilla (...) No me acuerdo muy bien, pero creo que todos usamos el mismo cuete¹²⁶”.

Edgar, 1980

En este sentido, la primera inyección constituye un escenario micro de riesgo al VIH, en tanto se depende del saber y la voluntad de los otros para acceder a la inyección y en muchos casos, el novato es inyectado con las sobras de la dosis de los experimentados. El riesgo entonces es alto, en tanto es muy probable que el inyector experimentado haya compartido jeringas en otras ocasiones con otras personas, y si la práctica se vive en un grupo, como en el caso de Edgar, se usa una aguja/jeringa utilizada por múltiples inyectores expertos.

A medida que aprenden a inyectarse, se vuelven más autónomos frente a la dosis a usar, dónde usar, y qué utensilios utilizar, siempre y cuando se cuente con los recursos económicos para conseguir la dosis suficiente y el equipo de inyección. En las mejores condiciones, el ritual de inyección – especialmente de heroína – es solitario, con la intención de aprovechar al máximo la dosis y sus efectos. Si los recursos son limitados, entonces se debe recurrir a la solidaridad del grupo de pares, cayendo en ocasiones en el riesgo de compartir las jeringas, la dosis y el equipo de inyección.

“Lo más común es que nos juntemos varios para hacer una vaquita para la dosis. Ya vamos a la casa de alguno, o algún baldío que esté cerca y la cocinamos, y luego, cada quien levanta con su propio cuete. Cuando andas mal y no tienes para el cuete, pues pides prestado o levantas uno que te encuentres, ahí es cuando ya estás valiendo madres”.

Edgar, 1980

Al analizar las razones para pasar al uso inyectado encuentro por un lado la presión social, especialmente en aquellos de la segunda y tercera generación (los nacidos a partir de 1979), a

¹²⁶ Jeringa

través de la existencia de modelos (por ejemplo, “*los cholos*”) que minimizan las experiencias de drogas de aquellos que no se han inyectado, o bien que no han usado heroína. Así mismo, los discursos que circulan en torno a la heroína operan como importantes detonadores del deseo de experimentar con esta droga.

“Dicen que, la sensación de la heroína es como si tuvieras un orgasmo multiplicado por un millón de veces, imagínate, cuando tienes sexo y estas a punto de eyacular, eso sientes con la heroína, pero multiplicado por un millón de veces, imagínate que rico. Yo escuché eso ahí con los cholos y ya se me metió el gusanito de querer probar, pero es que ¿a quién no?”.

Axel, 1979

En la mayoría de los casos, el uso inyectado de cocaína y cristal es precedido de su uso inhalado o fumado, y sólo cuatro de los nueve narradores que usan cocaína, la usaron primero inyectada, lo que sugiere que hay cierta experimentación con la sustancia antes de pasar al uso inyectado, experimentación que puede ser entendida como parte del proceso de socialización con las sustancias y las expectativas construidas en torno a sus efectos y sus vías de administración. Sólo uno de los entrevistados (de la generación menor), inició su trayectoria de uso de droga con el uso inyectado de cocaína, en este caso, inducido por su hermano mayor y sus amigos, que realizaban esta práctica de manera colectiva.

Es posible plantear que los imaginarios construidos en torno al uso inyectado de drogas generan unas expectativas personales, las cuales inciden en las experiencias subjetivas con esta vía de administración, que a su vez parecieran propiciar discursos en torno a estas prácticas que promueven la iniciación de nuevos inyectores. Nadie quiere que le cuenten. Quizás esto explique las trayectorias de uso de drogas más cortas, menos diversas, pero más intensas, de los usuarios más jóvenes, pues jóvenes cada vez más jóvenes comparten los espacios de socialización con sujetos con trayectorias más largas de uso de drogas, y se ven expuestos a estos discursos e imaginarios en torno al uso inyectado, que les hacen desear vivir esta transición.

Si pensamos en el efecto de la inyección, independientemente de la sustancia, nuevamente nos encontramos con la importancia de las expectativas construidas en torno a este ritual y el efecto que puedan tener en la experiencia individual **Fuente especificada no válida..** Casi todos los entrevistados hablan del efecto del uso inyectado en términos de la potencialización del efecto de la droga, pero Jim específicamente, comenta como él siente el “*rash*” desde que está preparando la dosis, lo que explicita precisamente este condicionamiento que se genera en torno a esta práctica.

Con ello no pretendo minimizar el efecto químico de la sustancia, pero sí traer a la discusión la relación entre sujeto–sustancia–contexto que plantea Romaní (2011), y la importancia que tiene el ritual en la configuración de los estilos de vida de los participantes. Como bien lo plantean algunos de ellos, no sólo son adictos a la heroína o al cristal, sino también a la jeringa.

“Me gustó la jeringa, el rash que sientes desde que estás preparando tu dosis y luego registrar y sentir que te zumban los oídos, es como ser otra persona...”

Jim, 1980

Detrás de la primera inyección hay también un impulso de valentía y deseo de experimentación promovido por el efecto de otras drogas, como las pastillas o el cristal. Valores que me hacen considerar nuevamente el papel que juegan los elementos constitutivos de la masculinidad en estos contextos marginales urbanos, y me llevan nuevamente a pensar en las drogas, más allá de la sustancia, en su efecto conformador de identidades sociales.

“La verdad es que nunca me dieron miedo las agujas y la primera vez que me inyecté coca... me acuerdo que andaba bien empastillado, me robé un estéreo, eran como las 2 de la mañana después de una fiesta, estaba llovisando me acuerdo, le pegué un cristalazo a un carro y saqué el estéreo, y dije ahh sabes qué, ando bien píldoro, me voy a inyectar coca a ver qué se siente, no más de cabrón”.

Axel, 1979

La inyección como estrategia potenciadora del efecto de la droga está presente tanto para el uso de heroína como para el de cocaína, pero los motivadores son distintos.

En el caso de la cocaína inyectada, si bien el efecto es más fuerte, es de más corta duración, lo que lleva a los usuarios a inyectarse con mayor frecuencia, sin que ello implique necesariamente lograr el efecto buscado. Mientras que, en el caso de la heroína, el uso inyectado, a diferencia del uso inhalado, puede durar entre seis y ocho horas las primeras veces que se consume.

“La primera vez que me inyecté perico, sentí acá el ojo pelón, los oídos zumbando, haz de cuenta que hasta oía los pasos de las hormigas acá, se te agudizan bien machín los sentidos, oía los pasos de las hormigas. La neta si me gustó machín. Le agarramos el gusto a inyectarnos coca, porque se sentía más el efecto, pues no era igual que si te lo metieras por la nariz, se sentía más el efecto pero se te baja más rápido, o sea por la vena, haz de cuenta que te lo metías por la vena y te duraba como unos 30 segundos y al rato ya querías otro, es el rollo de cuando te inyectas cocaína, tienes que estar píquete y píquete la vena, porque te dura como 30 segundos, y con la heroína no, pues, si está buena y te pones un fierrazo, te quedas horas ahí y no, con la coca te pegas uno y ya quieres pegarte el otro y

tan desesperado que andas acá, estas temblando y no lo puedes sentir igual. Ya quieres sentir el rashazo acá...”

Axel, 1979

Además de la mayor frecuencia de inyección, el uso inyectado de cocaína se asocia en la literatura con mayor agitación y mayor presencia de prácticas de riesgo como tener sexo sin protección, en el contexto de las fiestas. Es por ello que en San Francisco y Vancouver (Bourgois, 1998, 2002), se ha encontrado una asociación entre uso inyectado de cocaína y mayor prevalencia de VIH. Esto podría explicar la mayor prevalencia de VIH encontrada en Hermosillo en comparación con Tijuana.

Otra entrada para el uso inyectado de cocaína es algún malestar físico asociado a su uso intenso que dificulta la inhalación de la sustancia.

“Entonces de tanto usar, se me agujereó el tabique y se me salía por el otro lado y me daba coraje porque ya no me llegaba tanta loquera, ya no me hacía tanto el efecto. Aparte que ya en las mañanas me levantaba y arrojaba unos tapones de coágulos de sangre y me dolía la frente, entonces empecé a inyectármela mejor, tenía 14 años. Además, ya no sentía el mismo efecto, la misma euforia, como que ya no me ponía, entonces ya empecé con algunos con los que andaba a ver cómo era que la preparaban”.

Murphy, 1980

Una tercera vía de entrada, especialmente del uso inyectado de heroína es el deseo de cortar el efecto de otras drogas. En estos casos, inyectarse heroína es una alternativa para aminorar los efectos del cristal o la cocaína, que no les permiten dormir ni comer y que los lleva, en algunos casos, a delinquir compulsivamente. En este sentido, aparece nuevamente el grupo de pares como un espacio que permite el acceso a unos saberes y expectativas en torno a las drogas, que facilita la experimentación con las sustancias en busca de un efecto específico.

“Entonces ya necesitaba bajar tanta euforia y con esas mismas personas que yo veía que usaban la coca inyectada, ellos mismo me enseñaron a bajar la euforia con heroína, porque me aventaba mes y medio sin dormir y sin comer, entonces ellos mismos me decían pruébala. ‘Pero andas con los ojos cerrados’ - les decía -, ‘tú pruébala’. Y me di cuenta que oyes todo, estás cuerdo se te aceleran otros sentidos, unos se te apagan, pero otros se te aceleran. Era el día de mi cumpleaños 17 cuando probé la heroína y ya fue mi acabóse, inmediatamente me enrraché y empecé a usarla seguido”.

Murphy, 1980

En el caso de la inyección de heroína, los relatos hablan de una búsqueda de relajación profunda, experimentar placer, pero no el placer de la cocaína que es más maniaco y dirigido hacia el exterior, sino un placer solitario e introvertido, donde el sujeto pierde total contacto con el mundo exterior y queda inmerso en el deleite íntimo de sus sensaciones personales.

El uso inyectado de heroína se empieza a hacer más y más frecuente al poco tiempo después de haberla probado, lo que genera unos niveles de dependencia física que no se encuentran con la cocaína, por ejemplo, la cual pueden usar solo los fines de semana. Una vez que se han hecho dependientes a la heroína, empiezan a requerir no sólo usarla en más cantidades, sino también en mayor frecuencia cada día y todos los días, con la mayor frecuencia posible.

Tenemos entonces una combinación del efecto de la sustancia en el cuerpo, de las expectativas de la inyección en la mente de los entrevistados y de las expectativas de su grupo de amigos frente a sus consumos, todos son aspectos fundamentales a la hora de pensar la transición a la inyección y la configuración de trayectorias de uso de drogas caracterizadas por el uso intenso de algunas de ellas.

Ahora bien, en todas las entrevistas encuentro que la práctica de inyectarse drogas genera en los participantes un efecto sobre su identidad. Para la mayoría marca un momento en la trayectoria de uso de drogas. Las excepciones quizás son Jim -quien probó Valium inyectado una vez y después no vuelve a conseguir y cuando vuelve a inyectarse, lo hace con heroína muchos años después, hastiado del efecto del cristal-, y Jirafa¹²⁷ –quien inició su trayectoria con el uso inyectado de cocaína, al parecer en el marco de la presión de pares-. En el resto, el paso a inyectarse

¹²⁷ Conocí a Jirafa desde 2010 cuando vine a Hermosillo por primera vez, su madre distribuye heroína en uno de los barrios del norte de la ciudad. A pesar del tiempo de conocerlo, no siento que tengamos una relación cercana. Jirafa es un poco distante y desconfiado y siempre está buscando dinero. Cuando le pregunté si le interesaba participar en la entrevista, me dijo inmediatamente que sí, lo cual me sorprendió, pues siempre que nos topábamos estaba buscando trabajo, juntando documentos, esperando una entrevista, juntando monedas para comprar algo, siempre con una expresión de angustia en su rostro. Sentí entonces que era una buena señal el que aceptara la entrevista sin pedirme nada a cambio. Sin embargo, sentí la entrevista muy apresurada, quizás él me asocia más con la dinámica de las encuestas, tampoco nos tenemos tanta confianza, pensé. En repetidas ocasiones le pregunté si quería cortar o si prefería que no grabara y siempre me miraba preguntándome ¿por qué, lo estoy haciendo mal?, lo que confrontaba las lecturas que hacía de sus respuestas. Básicamente sentía que respondía desde el deber ser y que estaba aburrido durante la conversación. La entrevista tomó alrededor de tres horas y la realicé frente al mercado municipal.

Jirafa tiene 25 años. Aunque actualmente está en tratamiento con metadona, usa ocasionalmente heroína, “solo cuando está muy buena”. La última vez fue hace dos semanas. Si bien es un joven de origen popular, el haber vivido su pubertad en Phoenix le permitió acceso a otro nivel de vida. En Phoenix inicia su historia de uso de drogas con el uso inyectado de cocaína a los 11 años. Tiene dos hijos pequeños (de cuatro y dos años) y vive en unión desde hace cuatro años con una joven del barrio. Los padres de ambos los apoyan económicamente.

termina por consolidar un estilo de vida que se empezó a estructurar desde que se inició el uso habitual de marihuana, Resistol o pastillas, tempranamente en la adolescencia, como ya describí.

Sin embargo, hay reacciones distintas frente a esta transición. Por un lado, para algunos es hacerse más “locos”, lo cual los hace sentirse aceptados, fuertes, se sienten orgullosos de su capacidad de trasgresión, subvirtiendo de esta manera el estigma que ellos mismos han internalizado con respecto al inyector. El inyector o *yonki*, aparece en sus imaginarios como un sujeto no deseable, poseedor del estigma. Objeto de repudio.

“Al principio fue un estilo de vida muy chilo, no te lo niego, que me sentía bien, me hacía sentir controlado me hacía sentir aceptado, era cierto tipo de persona, hacer muchas cosas que normalmente no hubiera hecho (...) Yo la verdad, ni me acuerdo cuando fue que me perdí tanto. Yo ahora volteo pa’trás y digo cuantas cosas he hecho, me levanto en las madrugadas asustado porque oigo gritos y veo caras por cosas que he hecho y nunca pensé vivir así, y lo peor, depender de un centro de rehabilitación para estar bien, nunca pasó por mi mente esto. Empecé jugando y terminé perdiendo, yo lo veía un estilo de vida en el cual yo era aceptado, yo me sentía muy bien, era reconocido por la farra y eso me hacía sentir bien, tuve muy mala fama, decían ‘aguas ahí viene el Murphy, al tiro’, todos me trataban con un cierto respeto, no cualquiera me brincaba porque sabían que no iba limpio, ellos sabían que podía sacar cualquier cosa, aparte de que iba a responder, era de que cualquiera de los dos iba a quedar muerto, porque si tú me sacabas un fierro, yo te sacaba otro mejor, y así me hice de la fama y ahora mírame, valiendo verga en este centro...”

Murphy, 1980

En el apartado anterior ya había descrito cómo los narradores van construyendo estilos de vida en los que las drogas jugaban un rol central, alrededor del cual empiezan a girar el resto de sus actividades cotidianas. Pareciera que el llegar a inyectarse heroína no hace más que consolidar estos estilos de vida y entonces esta nueva sustancia va a desplazar el uso de las otras, pero mucho antes de llegar a inyectarse heroína, todas las actividades cotidianas estaban precedidas y sucedidas por el uso de alguna otra droga. Lógicamente el síndrome de abstinencia que genera la heroína y el cristal van a ser factores que lleven a una agudización de la dependencia que – insisto – ya existía.

Sin embargo, un elemento común en los relatos de los usuarios inyectores de heroína es la experiencia de cortar con las otras drogas una vez se construye una relación de dependencia con esta sustancia.

“Cuando ya me enrraché con la heroína dejé todas las loqueras, porque la heroína es muy celosa, hace que dejes todo y sólo le pongas a ella, bueno y mota, que nunca la he dejado. Sólo cuando he estado en los centros, pero de resto, siempre la motita pa’l diario”.

Edgar, 1980

Al igual que lo observado con las otras drogas y vías de administración, en todos los casos, el uso inyectado de heroína, cocaína y cristal rápidamente se convierte en una práctica frecuente tras el primer uso. También en este caso, un factor que desencadena el uso intenso es el ser distribuidor y tener a disposición grandes cantidades de droga.

“Y así me la llevé como un año, me inyectaba cada dos o tres días, pero luego con un compa conseguimos para vender y ya nos enrrachamos machín. Ya la usábamos a cada rato y a puños y al rato no hallas que hacer, de tanta droga que tienes ahí esperándote... Hasta que me torcieron, yo digo, de lo mismo enrrachado que andaba”

Pirela, 1984

Una vez que se acaba la posibilidad de acceso a los recursos para acceder a las sustancias, se empieza a fondear y posteriormente – en algunos casos -a “quebrar”.

“Después ya todo cambió, sólo me importaba conseguir heroína, todo lo demás me daba igual, vivir en la calle, que vivir en cualquier parte, en la cárcel, donde estuviera ya no me interesaba. Antes, sí buscaba estar en lugares donde hubiera gente, morras, dónde hubiera una tele, donde hubiera cosas que me pudieran divertir, o cosas así, donde pudiera haber una fiesta, pero ya después de eso ya no me interesó ni fiestas, ni morras, ni si había gente para compartir, nada, sólo tener mi dosis y ya”

Murphy, 1980

5.4.4 Fondear, la experiencia de la muerte social

“Fondear para mí es cuando ya estás batallando para todo, para conseguir el dinero, para comprarla, para inyectártela. Para todo es batallar, y ahí pasan tantas cosas, que ni te imaginas. Por ejemplo, para conseguir el dinero tengo que talonearlo, ir pidiendo a la gente, y cansa mucho. Caminar muchos recorridos grandes, te miran mal. También corretear a los tiradores, porque iba hasta allá, hasta la quinta madre, me iba caminando y son bien canijos. Al primer trato sí son buena onda, y te ven y luego depende como te vean, si te ven que puedes traerles dinero ... ahh, entonces tú si me puedes traer dinero, pero cuando te ven fondeando ya no te venden, que por eres mucha placa, te hacen esperar y tu bien malillo.

Cuando andas fondeando hasta te cuereas, porque estás desesperado por inyectarte, y te vale. Te perforas la vena, aparte, ya no tienes venas, entonces te inyectas en el músculo o donde caiga, de lo mismo desesperado que estás. Haz de cuenta que con cinco rayas que te cuerees, se te hace una bola exagerada. Con la cocaína no duele, se te duerme el cuerazo, se te queda como anestesiado, y con la heroína duele mucho, mucho, duele exageradísimamente, pero a veces, de uno de tan malilla que anda, le vale madre el

dolor, quiere darse ya, aunque sepa que se está cuereando uno, y eso es muy raro, que a pesar del dolor y sabes que te estás cuereando, o sea te vale madres, lo haces.

Entonces te vas cansando que todo el mundo te humilla. Te sientes menos, acá... Te sientes que andas bien mal y todo el mundo te dice que andas bien mal y eso más te deprime, o sea, chale, empiezas a pensar en la vida que llevas y te quieres morir. Yo lo he pensado mucho, pero nunca me he doblado... Soy como muy resistente a la droga”.

Jim, 1980

Fondear significa que se han agotado las estrategias para financiar el estilo de vida caracterizado por un intenso uso de drogas, que su cuerpo y sus relaciones con los demás se deterioran a un extremo insostenible, y que empiezan a ser cada vez más marginalizados en su propio círculo de compañeros usuarios de drogas. Pierden su lugar en el único escenario donde eran valorados, la red de usuarios de drogas. La búsqueda de placer se transforma en la búsqueda por evitar el dolor.

“Quería cambiar porque en las dos partes ya había tocado fondo. Tocar fondo es perrear, perrear, macizo pues. Yo ya había tatuado a todos los cholos del pueblo, ya no tenía de donde más sacar dinero, ya no me querían fiar, y no tenía droga, y mis hermanos me miraban con desprecio cuando llegaba a la casa. Mi mamá sufría al verme”

James, 1993

Hay dos elementos que caracterizan “el fondear”: la escasez de recursos para acceder a las sustancias es uno, y el ser reconocido como inyector es la segunda. La combinación de estos elementos, y sobre todo, el hacer visible la condición de dependencia, conlleva a la “muerte social”, esto es al aislamiento, la pérdida de oportunidades de empleos aún precarios, la expulsión de sus hogares, el exilio de su antiguo grupo de pares usuarios. En resumen, quedan excluidos de las mínimas redes sociales que les garantizan cuidado, protección y recursos. Fondear implica entonces adquirir un cuerpo de adicto: Ropas raídas, estar sucio, delgadez excesiva, postura desgonzada. Todo esto atrae, a su vez, la atención de la policía y con ello la probabilidad de entrar a prisión, aumentando el peso del estigma. Dada la escasez de dinero, las estrategias de invisibilización no funcionan más: evitar estar con los usuarios “más placosos”, estar bien presentado y limpio, no consumir en la calle, evitar realizar robos menores.

“Este mundo es de apariencias y entre más placoso andes, más mal te va. Por eso hay que hacer un esfuerzo y no importa lo enrrachado que estés, tienes que mostrarte que estás bien, llevar buena ropa, estar limpio, buenos tenis, comer bien para no verse tan chupado y que no te vean mucho con los placosos, mantenerte a distancia de los más jodidos. El problema es que cuando estás fondeando todo eso es imposible, porque para empezar ya

todo te vale y andas por ahí dando placa, pidiendo una moneda para completar la dosis, todo sucio porque te echan de la casa y no tienes donde bañarte, con tu ropa bien culera porque la tuya la has cambiado por monedas. Ahí es cuando empiezas a pensar que estás tocando fondo”

Pelón, 1992

Es la “muerte social” asociada a la escasez de recursos para acceder a las sustancias y la visibilización ante otros de su condición de dependencia, lo que los lleva a pensar en la necesidad de entrar en tratamiento. También esta muerte social los lleva a interiorizar el estigma como un elemento de identidad. Entonces, su estilo de vida deja de ser significado como un elemento de distinción y se convierte en una característica que les quita dignidad. Los discursos sociales hegemónicos moralizantes contruidos en torno a las drogas son internalizados y los narradores, que algunos meses o años previos eran portadores de una identidad contestataria y de pertenencia, se convierten en adictos, en *yonkis*, *jaipos*, *tecatos*, discriminados y aislados. Pareciera entonces que sólo se asume la identidad vergonzante del “adicto” cuando se han agotado las posibilidades de sostener el estilo de vida alternativo y entonces su estilo de vida pasa de centrarse en el efecto divertido y social de la sustancia, a centrarse en una experiencia solitaria de búsqueda compulsiva, para evitar el malestar físico y emocional del síndrome de abstinencia, la tan temida “malilla”.

“Y ahí es cuando empiezas a caer a la pinta y todo tu mundo se va derrumbando, tu dignidad, todo. Ya nadie te quiere porque este mundo es así, a nadie le gusta que le andes quitando sus rayas, nadie te fía porque todos saben que no tienes para pagar y eso hace que te vayas más y más pa’bajo”.

Caro, 1965

“Yo lo que quería era sentirme bien, sentir mi cuerpo sin malestares, porque ya no era para ponerme loco. Cuando estás fondeando, como que ya no te pone, ya no más lo que quieres es quitarte los escalofríos, el dolor de huesos, la diarrea, los vómitos, las náuseas, el dolor de cabeza, los escalofríos...”.

Edgar, 1980

Es difícil establecer una secuencia entre las experiencias del síndrome de abstinencia y fondear. En relatos como el de Aurelio, por ejemplo, nunca había experimentado malilla porque siempre tuvo acceso a jeringas y heroína, pues él la vendía. Lo mismo en el caso de Caro. Sin embargo, pasa algo, “*los revienta la federal*”, “*tuercen al bueno con quien trabajan*”, se agotan las posibilidades de conseguir jeringas, y viene el malestar físico, y en torno a él se agrava el malestar emocional de estar encerrado, derrotado, de ser vulnerable, de estar excluido.

En estas condiciones, contar con el apoyo familiar es fundamental para no terminar en la calle y opera como factor protector ante la cárcel en algunos casos. Fondear sin tener una red de apoyo, es la puerta de entrada a la prisión y a partir de allí, se agudiza la espiral de exclusión que viene a constatar el discurso moralizador frente a las drogas. La calle y la prisión son los principales ambientes de riesgo donde se da el uso compartido de jeringas, de lo que hablaré más adelante.

La figura de fondear es la que construye el imaginario del adicto como sujeto peligroso. Y se convierte entonces en una condición de por vida, de la que ya no se puede escapar, es una marca indeleble en la identidad, no importa cuánto tiempo pasen sin consumir, siempre está el temor a recaer, siempre está la desconfianza, y casi siempre se cumple la profecía.

“Yo no sé vivir en una casa, yo no sé vivir con mi familia, ni ellos con conmigo, porque aunque yo esté con ellos, para ellos es una psicosis, una incertidumbre, el decir ‘a ver, cuánto dura sano este wey, porque en la primera de cambio se le bota el chango’. Ya me conozco, lo he intentado muchas veces y puedo durar hasta un año usando una sola cosa, pero todos los que andan conmigo usan diferentes, usan de todo, entonces tanto va el cántaro al agua hasta que se rompe y vuelvo otra vez a lo mismo y cada vez es peor. Cada recaída es peor porque quiero meterme lo mismo que me estaba metiendo y voy limpio, entonces me trueno, me trueno la cabeza y termino haciendo cosas, locuras y cada vez he caído peor en la cárcel y me relaciono con gente más pirata que yo, gente que ha hecho cosas peores y veo que me aceptan porque ya tengo fama de que no me importa hacer las cosas, imagínate qué no he hecho”.
Murphy, 1980

5.4.4.1 *Estar malilla y fondeando: El contexto del uso compartido de jeringas*

Es precisamente en ese contexto de andar fondeando, donde es más común escuchar del malestar de la malilla y la conjunción de estas dos condiciones, da lugar al uso compartido de jeringas. Funes & Romaní (1985:73) plantean que “el malestar del síndrome de abstinencia, -la denominada “malilla”-, no guarda una relación directa y mecánica con las dosis y tiene significados diversos en cada momento del curso biográfico”. Sin embargo, todos los entrevistados, usuarios activos, narran relatos en los que la malilla es asociada a una experiencia similar a estar en el infierno.

“La coca, las pastillas, la marihuana, nada se puede comparar a la heroína. Si te curas una semana seguida y al otro día ya no te curas, te pones bien mal, porque lo que quieres es curarte. La heroína te da la peor malilla que pueda haber, brinca tu cuerpo por los escalofríos, diarrea, vómito, insomnio, duras hasta un mes sin dormir, entonces se cansa el cerebro y empiezas a ver cosas”.

Jim, 1980

Justamente Funes & Romaní (1985), señalan que las condiciones de vida son un factor que incide de manera contundente en la experimentación del síndrome de abstinencia. En los relatos, casi todos experimentaron la malilla cuando estaban en situaciones muy complicadas, la cárcel, la soledad e incertidumbre de la sierra, viviendo en la calle, internados obligatoriamente en un centro de rehabilitación. En todos los casos, tenían poca o nula autonomía sobre sus cuerpos y antes de llegar a esos lugares, usualmente habían pasado por una muy buena racha acompañada de buenos amigos y amplia disposición de dinero y drogas. Es posible entonces que – sin minimizar el efecto físico del síndrome de abstinencia –, las malas condiciones de vida y la sensación de pérdida y vulnerabilidad, contribuyan a incrementar el malestar y la ansiedad.

Es en ese tránsito por condiciones de vida tan difíciles, donde se experimenta en carne propia y de manera contundente y radical la exclusión social, la muerte social, donde se pierde la valía personal y la esperanza, cuando casi todos los narradores reconocieron haber compartido jeringas, a pesar de saber los riesgos que ello implica.

“He compartido en situaciones en las que no tenía nada de dinero, en las que no confiaba en mí la gente, porque yo les debía algo que no les había pagado y no me daban droga. Llegaba y se estaban curando varios y les decía qué onda, de perdida déjame los algodones para echarles tantita agua para curarme con eso y quitarme la malilla, porque me sentía bien mal, vengo vomitando, hazme un paro y decían traes jeringa, no, préstame la tuya, hazme el paro, le limpio la aguja y la juago con cloro y ya se desinfecta... Pero si siempre traté de ser muy cuidadoso en eso”.

Murphy, 1980

“Si he compartido, en una situación de emergencia, de que andábamos bien malillas y batallamos para conseguir la cura y preguntamos:

-¿tienes una jeringa en tu casa?

- sí

- Pues con esa

y nos inyectamos todos con esa porque no tuvimos dinero para la otra, simplemente necesitábamos curarnos ya, porque nos estaba cargando la chingada de malilla. Pero no creas que con cualquier cabrón, solo con mis amigos que se ven sanos”.

Jim, 1980

“Hasta hace unos años sí la compartía, en veces que me agarraba la malilla y por la misma desesperación y no había una parte donde comprarla, cercas o algo, pues la pedía. Pero siempre y cuando sabiendo yo, bueno esperando que esa persona no tuviera una enfermedad o algo”.

Paco, 1971

No encuentro diferencias generacionales en las maneras de narrar las emociones y sensaciones referidas a fondear y a la malilla, ni a las situaciones en las que se comparte jeringas. Es posible decir entonces que éstas son condiciones transversales a la generación, aunque el acceso a recursos propios o familiares, y sobre todo tener apoyo familiar, opera como mitigador ante la situación de crisis, quizás por la sensación de pertenencia e inclusión que ello implica, además del acceso a recursos financieros.

En casos extremos, se comparte los filtros que se usan para limpiar la heroína y/o los algodones con sangre, lo que aumenta el riesgo de VIH.

Quizá el haberlo perdido todo, disminuya la percepción de gravedad del VIH. La vida se reduce a “curarse” y entonces, si bien conocen los riesgos de compartir jeringas, en ese momento no hay una proyección de la vida más allá de aliviar el malestar que es físico, pero insisto, es también emocional y social. Capraro (2000), -citada por Toquero (2014)-, plantea que los hombres tienden a enmascarar su depresión a través de conductas autodestructivas y que el uso de drogas se presenta como una opción de gratificación inmediata en un contexto de vida que ofrece pocas o nulas gratificaciones. En este caso, el uso compartido de jeringas y equipo de inyección sería una expresión más de esa búsqueda de autodestrucción.

Epele (2010) explica cómo los estudios en antropología sobre la “muerte social” “han mostrado los modos en que la transgresión de las normas y los tabúes producen formas de morir particulares en las que los procesos sociales de exclusión, expulsión y estigma intervienen directa y rápidamente en el deterioro corporal y fisiológico, produciendo la muerte de un individuo” **Fuente especificada no válida..** Así, la muerte social, el fondear, no sólo compromete la dignidad de los usuarios más pobres, sino también su sobrevivencia, y es a través de este mecanismo que la muerte por SIDA se torna profecía autocumplida y termina por acabar rápidamente con ese cuerpo.

A pesar de la presencia del VIH/SIDA en su cotidianidad, la experiencia de la muerte social, aunada a un contexto de vida violento, donde desde su temprana adolescencia, cada día su vida ha estado en riesgo, y donde enfrentan el temor a la tortura policial, a ser levantado por algún malandro, a ser agredido por otro usuario con quien tienen conflictos, a ser expulsado de su hogar, desdibuja la percepción del riesgo al VIH, pues es la vida en el instante presente lo que está en juego, en constante riesgo.

Es interesante cómo en los relatos los narradores minimizan los riesgos. Murphy, por ejemplo, cuenta que, aunque estaba muy mal y no tenía dinero para comprar su propia jeringa, sí

tenía para comprar cloro y suficiente disposición para calmar su ansiedad y esperar los 30-30-30¹²⁸ que requiere la práctica adecuada de desinfección de las jeringas. Jim, si bien dice que compartía, sólo lo hacía con amigos que “se ven sanos”, e igual Paco, quien sencillamente esperaba que quien compartía su jeringa fuera lo suficientemente honesto y enterado de su condición de salud para confesarle que vivía con VIH. Resulta evidente el deseo de encubrir los riesgos.

Por último, también comparten jeringas porque no vislumbran un “final feliz” para sí mismos. Es tanta la culpa que cargan por su condición de usuarios de drogas y el sufrimiento que han causado a otros, que pareciera que la única manera de expiar esa culpa es con su muerte. La sanción moral por transgredir las reglas en torno a las formas correctas e incorrectas de sentir y buscar placer se traduce en esta aparente falta de agencia para el autocuidado de su cuerpo. La culpa se expía cuando entran a tratamiento con metadona y entonces vuelven a sentir que pueden hacer algo con sus vidas, que son valiosos, recuperan su cotidianidad y sus rutinas, pueden controlar su compulsión por inyectarse. Aún si lo hacen de vez en cuando, pueden tener cierto control sobre sí mismos y eso es un volver a nacer, en tanto les permite recuperar su dignidad, su autonomía frente a la droga.

“Ya ahora no la agarro de inyectarme todos los días, si me entiende, solo de vez en cuando, cuando dicen que anda rolando una bien buena, pues sí me antoja y me tiro unas líneas no más, pero no es lo mismo, no más es para calmar las ganas. Me ha funcionado... de perdida me ha funcionado. Ya no consumo heroína, y pues ... y ya me queda más dinero, trabajo, a veces, más a gusto... La verdad sí te ayuda porque así vas y pides un trabajo con solicitud y todo, no te ven tan pirata y te ... hasta te lo dan”.

Jirafa, 1989

5.4.5 Quebrar o Morir.

En casi todas las entrevistas, independientemente de la generación, encuentro que, en un momento en este proceso de estar fondeando, surge la necesidad desde el mismo sujeto de dejar de usar drogas o disminuir su frecuencia e intensidad de uso, debido al deterioro físico, a la falta de dinero y de redes para conseguir dinero o drogas, a la muerte de un familiar o amigo cercano, a la posibilidad de ser asesinado, o por el temor a recibir un diagnóstico positivo de VIH o de hepatitis.

¹²⁸ Enjuagar la jeringa con agua por 30 segundos, hacer un segundo enjuague con cloro por otros 30 segundos y volver a enjuagarla con agua por otros 30 segundos

Ante esta necesidad, los entrevistados, de acuerdo a sus experiencias previas, a experiencias de otros, y a sus propios recursos personales y familiares, emplean algunas de las siguientes estrategias para “*quebrar*”, esto es, parar o disminuir el uso de drogas: internamiento, aislamiento en casa, automedicación, entrar a metadona, trabajo físico excesivo y cambiar de ciudad.

En el primer caso, los sujetos solicitan el apoyo de sus familiares para ser internados idealmente en el Hospital Carlos Nava, de donde pueden salir cuando así lo deseen. En menor medida, los usuarios solicitan que los lleven a un centro de rehabilitación no gubernamental, en palabras coloquiales, piden que “*los anexen*”. Lo solicitan casi siempre cuando tienen problemas de seguridad o los busca la policía. En los anexos no tienen posibilidad de salir una vez que son ingresados, deben permanecer por un periodo mínimo de tres meses y someterse a las reglas del lugar, por lo que es una opción radical que no todos los usuarios están dispuestos a asumir. Quienes lo solicitan, lo hacen por su bajo costo, por presión familiar o por desesperación.

Conviene mencionar en este punto que, al analizar la respuesta de las familias al proceso de intensificación de uso de drogas en las tres generaciones, encuentro que el internamiento compulsivo en centros de rehabilitación se ha ido convirtiendo en los últimos años en la opción privilegiada para el tratamiento de las adicciones en el barrio. Los anexos, a pesar de la queja recurrente de los usuarios con respecto a la mala calidad de la atención y los malos tratos, se han convertido en la principal estrategia con la que cuentan las familias para “ayudarle” a los jóvenes a parar sus dinámicas de uso intenso de drogas, aunque sea por un tiempo, ante la escasez de opciones públicas de atención. Aquí la agencia del sujeto-usuario es reemplazada por la desesperación de la familia, lo que redundará en resentimiento por parte del usuario y aumento de los conflictos familiares, que devendrá en una nueva recaída o en comportamientos aún más autodestructivos.

El aislamiento, por su parte, consiste en la decisión del usuario de encerrarse en su propia casa o en una casa abandonada, y permanecer allí el periodo que dura el síndrome de abstinencia, soportando a fuerza de voluntad todos los malestares físicos y emocionales. Ello implica cortar los vínculos con los pares que son usuarios, y por ello, en la mayoría de los casos, implica no salir de casa para no toparse con la tentación a la vuelta de la esquina. En ocasiones, para hacer más llevadero la recuperación, los usuarios se auto-recetan Rivotril, que les ayuda a controlar la ansiedad. He observado que toman esta opción principalmente cuando un amigo o familiar cercano muere por sobredosis o de manera violenta.

Una cuarta opción, en el caso de los usuarios de heroína, es acudir a la clínica de metadona para recibir tratamiento sustitutivo de opioides. Es relevante que todos los sujetos entrevistados que acuden a la clínica de metadona, son usuarios también de Rivotril, en algunas ocasiones recetado por el médico tratante. Tomar metadona no garantiza que dejen de usar cristal o heroína, pero sí que lo harán menos frecuentemente, de modo que el medicamento les permite regular su uso y en esa medida trabajar y/o recuperar su ritmo de vida familiar, mejorar su apariencia física y su estado de salud.

Otra opción que pude observar durante las visitas a campo es conseguir un empleo a destajo como albañiles en construcciones locales, o en los campos agrícolas (principalmente de trigo y algodón) cercanos a la ciudad. En este caso, los usuarios inician la jornada muy temprano (alrededor de las 6 am) y terminan al finalizar la tarde, cuando regresan a sus casas completamente extenuados. Esta opción implica gran fuerza de voluntad, pues los sujetos se autoimponen la abstinencia, y la exigencia del trabajo físico los hace de alguna manera liberar la ansiedad que ésta supone. Esta opción puede ser combinada con el uso de Rivotril, en caso de que los síntomas del síndrome de abstinencia no le permitan cumplir con las jornadas de trabajo. Dado que los horarios de trabajo de estos oficios son especialmente incompatibles con los servicios de la clínica de metadona, no pueden recurrir a este tratamiento supervisado para aliviar la abstinencia.

En todos estos casos, la recuperación del usuario es considerada como una decisión personal, individual, y con excepción de la alternativa del aislamiento en una casa abandonada, todas las opciones para “*quebrar*” requieren que los sujetos cuenten con algún capital social y financiero y, supone la existencia vínculos sociales, que en la mayoría de los casos es la familia o la pareja. Este vínculo será quien financie la entrada en internamiento, los provea de los medicamentos que necesitan, les ayude a conseguir el trabajo, los apoye financiera y logísticamente en su decisión de migrar a otra ciudad, y los apoye en su acción de aislarse al interior de sus casas. Los sujetos que no cuentan con este capital social tienen menores posibilidades para “*quebrar*”, para disminuir su uso de drogas.

Ante el desbordamiento del Estado local por la magnitud de la demanda de servicios para la atención local en adicciones y la escasez de fondos públicos para hacerles frente¹²⁹, las tensiones

¹²⁹ Producto de los procesos de rápida descampesinización, urbanización precaria, vinculación laboral precaria a través de la industria maquiladora, crecimiento poblacional explosivo, mayor transferencia de responsabilidades al gobierno estatal por vía de la descentralización de los servicios del Estado y presencia creciente del crimen organizado.

y conflictos de diversas áreas de la vida cotidiana (la violencia, el desempleo, la escasez, la frustración), se han confinado las alternativas de atención y las expectativas de reparación y resolución hacia el terreno de la vida privada de los sujetos, principalmente la familia y la pareja. A este proceso, Epele (2010) le llama la *privatización del cuidado*. De esta manera, el sujeto y sus familias son vistos como responsables, tanto de los procesos a través de los cuales se convierten en usuarios intensivos de drogas como de su recuperación, desconociendo las dinámicas y prácticas estructurales que colaboraron en la conformación de dichas trayectorias.

Así, las familias de por sí empobrecidas, tienen que enfrentar el dolor emocional que genera que uno de sus miembros esté en una dinámica de uso intenso de drogas y solventar los gastos financieros que implica el tratamiento (ingresar a un centro de rehabilitación, ir al psicólogo o psiquiatra, acudir a la clínica de metadona, comprar medicamentos, etc), sin que exista ninguna garantía sobre la calidad de la atención (sobre todo cuando se acude a los centros no gubernamentales), además de sobrellevar el estigma y la culpabilización de tener un familiar usuario de drogas.

Cuando las familias no cuentan con los recursos suficientes para afrontar estos costos emocionales y financieros, los usuarios terminan en la calle, y entonces el proceso de privatización del cuidado –como bien lo plantea Epele (2010:203)- termina clasificando a los sujetos en “rescatables” y “no rescatables”. Estos últimos, terminan en las fosas comunes municipales –como en el caso de Pirata, quien fue encontrado en una zanja de la ciudad en agosto de 2015- o muertos en enfrentamientos con la policía, entre bandas del crimen organizado o en riñas callejeras –como en el caso de Pelón, cuyo cuerpo apareció muerto a golpes en Julio de 2015-. Muertes anónimas que no generan asombro ni dolientes conocidos.

La muerte por VIH es otra manifestación de las desigualdades estructurales a las que se enfrentan los jóvenes pobres en Hermosillo. En ese sentido, las diferencias en capital humano, social y financiero y la pertenencia a una u otra generación también se asocian a diferencias en los conocimientos y actitudes frente al VIH y a sus estrategias de afrontamiento. Veamos lo que los entrevistados manifestaron con respecto al virus y su percepción de riesgo y susceptibilidad.

5.5 Ser tecato en la era del VIH: Actitudes y percepción de riesgo y susceptibilidad

Al comparar las actitudes y percepciones que frente al VIH tienen los usuarios de las diferentes generaciones, lo primero que llama la atención son los pocos conocimientos que sobre

VIH y sexualidad en general, exhiben los participantes nacidos antes de 1971. Además de su bajo nivel de escolaridad (el nivel máximo alcanzado es primaria completa), antes de los noventa había poca información disponible al respecto¹³⁰. Es por ello que su principal fuente de información sobre VIH fueron aquellas parejas sexuales más experimentadas que ellos.

[¿Y esa primera vez, usaron condón?] *“No, no sabíamos ni que pedo, te estoy hablando de hace más de 20 años, yo creo que ni existía, la verdad (...) Yo no sabía de preservativos ni de nada de eso, ella me lo explicó, el condón es para esto”*
Caro, 1965

En contraste, los nacidos en la generación de 1979-1984, están mucho más familiarizados con el uso del condón y el VIH. Su principal fuente de información es la escuela y los pares.

“Yo supe del condón por la escuela, porque nos daban la información, incluso te ponían a cuidar un huevito para que nos diéramos cuenta de la responsabilidad de tener un hijo (...) Pero sólo usaba [condón] con las que no me voy a clavar con ellas, las que son de cotorreo. Con las chicas que no usaba eran chicas bien, se podía decir, se veían chicas bien fresonas, más inocentes, entonces pedirle condón es una ofensa, es sexo por amor”
Jim, 1980

Los participantes nacidos entre 1988 y 1993, narran que son sus mamás quienes les recuerdan la importancia de usar condón en sus relaciones sexuales y les dan condones cuando presumen que han iniciado su vida sexual.

[¿Cómo supiste del uso del condón?] *“Pues normal, dónde quiera se sabe, mi amá me decía, cuando vayas a tener relaciones usa condón, fíjate con quién te metes y así ya cuando me dijo ella ya fue cuando más empecé a usar condón, porque ella me los daba, entonces ya los cargaba”.*
Jirafa, 1989

Sin embargo, independientemente de la generación, la información que tienen los participantes con respecto al VIH proviene en primer lugar de su contacto directo con la epidemia. Todos los narradores han conocido personas que viven con VIH o han sabido de otros usuarios que han muerto por la infección, principalmente en la cárcel. Esto da lugar a mitos en torno a la infección y la apariencia de quienes viven con ella.

¹³⁰ Recordemos que es solo a partir de la reforma curricular de 1993 que la Secretaría de Educación Pública (SEP) introduce los temas de prevención de VIH y sexualidad desde el quinto grado de primaria y a partir de 1999 se introducen estos temas en el currículo de secundaria. A partir de esta fecha la SEP realiza capacitaciones a docentes sobre sexualidad y por primera se elaboraron libros de texto que incorporaban estos contenidos **Fuente especificada no válida.**

[¿Cómo supiste del VIH?] *“Pues por la misma raza. También conocí amistades que tenían esa enfermedad, me platicaban cómo era la enfermedad esa, cómo se contagiaba”.*
Paco, 1971

“Yo veía como se ponía la gente que ya estaba enferma. No podían ni estar, nada, flaco, dolores por todo, diarrea, vómito, no podían estar, pues no los atienden, los tienen aislados, como los perros, no se acercan a la gente, nada de eso y decía yo no quiero estar así”

Murphy, 1980

[¿Cuándo empezaste a escuchar del Sida aquí en Hermosillo?] *“Cuando anduve en la cárcel... En la cárcel, en un traslado, llegaron internos de Ciudad Juárez, muchos sidosos, de Obregón, de San Luis, llegaron enfermos y no sabían y rolaron las erres con todo el pueblo. De ahí se empezó a contagiar mucha gente empezó a rolar el sida y yo nunca me drogaba en la cárcel, miraba los colonos que se hacían para inyectarse, pero yo no. Se me hacía muy triste terminar así”.*
Pelón, 1992

Los pares también circulan información sobre dónde realizarse pruebas de VIH y acceder a servicios de salud disponibles.

“Cuando ustedes empezaron a venir a hablar del SIDA, la raza empezó a interesarse por hacerse la prueba y entonces se hablaba de quien hacía el examen, que si costaba, que quien se iba enterar y así, les decíamos ‘Ve con el R y él te acompaña al CAPASITS, es bien chilo ese bato’ o también que vinieran aquí”.
Paco, 1971

Sin embargo, en los mismos relatos se percibe cierta negación de los riesgos y aunque reconocen que el uso compartido de jeringas es una práctica de riesgo para adquirir el virus, cuando reconocen que si han compartido, inmediatamente plantean que son seronegativos y explican este resultado a partir de la resistencia de sus organismos.

“Y hay gente que yo conozco que se ha inyectado con gente que tiene VIH y hepatitis, y no tienen nada, o sea que pinche inmunidad tienen acá, sistema inmune tan duro que no les pega. Lo que se dice es que mientras andas pegándole a la Shiva estás bien, que el problema es cuando la dejas, que ahí si te da de todo, se te cae la inmunidad”.
Axel, 1979

“Yo siempre he salido negativo en la prueba. [¿Y en tu opinión que hace que te mantengas sano?] No es que esté tan sano, pero simplemente mi cuerpo, es muy diferente a las otras personas, el metabolismo de cada quien es diferente y no sé porque, dicen que

*a fuerzas tienes que tener hepatitis si uno es tecato, pero te juro que a mí no me ha salido
y también he compartido los cuetes”
Jim, 1980*

Una tercera fuente de información sobre VIH y cómo prevenirlo son las organizaciones de la sociedad civil que difunden información en campo.

“La primera vez que me hice la prueba de VIH fue por ustedes, cuando estábamos haciendo las encuestas. Me llevaron al CAPASITS y ahí me hicieron la del VIH y salió negativa y de ahí me llevaron al hospital y me hicieron la de hepatitis y salí positivo. Antes de andar con ustedes no sabía dónde hacían las pruebas ni del CAPASITS”.

Paco, 1971

En general, predomina el estigma frente a la epidemia. VIH se asocia a muerte y en ese sentido, cuando se presume que otro usuario vive VIH se lo margina del grupo social y se lo aísla. La experiencia de campo me dio la oportunidad de constatar que los usuarios que viven con VIH terminan sus días en mucha soledad y aislamiento y nuevamente, sólo la familia les brinda el apoyo y los cuidados que necesitan.

“Cuando caí al penal, y me decían los cholos de allá, qué onda, no tienes, estás enfermo de nada, tuberculosis, hepatitis, si tengo hepatitis, hazte pa'llá, o toma tu cacharro, el cacharro es tu plato, y sabes qué, todo lo que agarres para ti solo”

Axel, 1979

Dado que al parecer las redes de usuarios de inyectables son más bien cerradas en Hermosillo y todos se conocen entre sí, el rumor de quien vive con el virus se propaga fácilmente y es imposible entonces escapar del estigma. La opción es ocultar el diagnóstico y mantener una apariencia saludable en la medida de las posibilidades.

“Por ejemplo, yo estaba ahí cuando el Peter del Sahuaro llegaba con el resultado de VIH positivo. Ahí decía en el papel que nos mostró, positivo al virus de inmunodeficiencia humana... No pues, no te la acabas, todo el mundo se enteró y ya nadie quería camarear con él. Por eso muchos no dicen, pero se nota”

Aurelio, 1983

En las entrevistas, todos los participantes comentaron tener conocidos cercanos que han muerto por SIDA, en todos prevalece el estigma hacia la enfermedad y hacia quien vive con ella. Quizá ello explique el rápido deterioro constatado en todas las entrevistas y que yo misma pude ver, cuando uno de mis informantes, murió por SIDA. La vida en la precariedad, la mala alimentación, los efectos de las drogas sobre el cuerpo, pero también el estigma internalizado,

terminan por acelerar la muerte. El SIDA termina siendo una de las manifestaciones más evidentes de las sanciones morales por ser usuario de drogas, encarnando la muerte social y llevándola al plano de la realidad última del cuerpo.

Todos los participantes entrevistados dijeron haberse realizado la prueba de VIH y sólo uno de ellos, nacido en 1965, expresó ser seropositivo. La mayoría también reportó haberse hecho la prueba de VHC y ocho de ellos reportaron haber salido positivos. En la encuesta, el 59.3% de los encuestados en Hermosillo reportó haberse realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida y el 62% reportó haberse realizado una prueba de VHC. Aunque estas cifras son importantes, resultan relativamente bajas para las personas usuarias de drogas inyectables.

Aunque han aumentado las oportunidades de detección temprana de VIH para la población general, parece necesario enfocar acciones preventivas hacia los jóvenes en ciudades claves, tomando en cuenta el incremento del consumo de drogas y de drogas inyectadas y la persistencia de amplios sectores de la población en condiciones de pobreza.

Como describí en apartados anteriores, las instituciones que realizan las pruebas son los reclusorios, los centros de rehabilitación y las organizaciones de la sociedad civil en campo. Frente a la alta prevalencia de hepatitis C entre la población entrevistada y la falta de tratamientos, vemos que la posición o el origen social juega un papel importante en la posición que asumen los usuarios frente a la demanda de servicios de prevención del VIH y el ejercicio de su derecho a la salud. Así, los usuarios de menor nivel socioeconómico son más pasivos frente al diagnóstico, no piden explicación ni tratamiento, mientras que los usuarios de mejor nivel exigen el tratamiento y acuden a distintos médicos para contrastar sus opiniones con respecto al tratamiento.

“A mí me dijeron que hay un tratamiento que se llama Interferón, que sale muy caro, pero pues de tantos doctores que vimos, hay unos que me han dicho, que en cuanto te detectaron el virus, te debieron a haber puesto el tratamiento y luego otro médico me dice, que no es necesario, porque tu virus de la hepatitis C está encapsulado y por no necesitas el tratamiento, y otro doctor me dice, no que sí lo necesitas el tratamiento. Pues a quien chingaos le hago caso. Yo pienso, que chingados están esperando que ya cuando este chingado el hígado ahora si lo necesitas o necesite un trasplante, dios guarde acá, yo sé que en unos años me va a pegar cirrosis o algo porque es lo que he leído, que si llevas el tratamiento y duermes temprano y no loqueas, puedes durar me han dicho hasta 60 años con la hepatitis, 70, pero si sigues loqueando pues vas a durar 40 años”.
Axel, 1979

El acceso a tratamiento tanto de VIH como de VHC requiere que los usuarios tengan alguna cobertura en salud, como el seguro popular, y ello a su vez requiere que tengan identificación oficial. Esta es una de las principales barreras para el acceso a tratamiento, pues en general su condición de legalidad en ocasiones hace que prefieran no tener identificación. En otras ocasiones la movilidad en la que han transcurrido sus vidas, hace que los documentos se hayan perdido. Si bien no es un trámite complicado tener una copia de la identificación, requiere dinero y lidiar con las lógicas institucionales a las que ellos no están acostumbrados, por lo que se hace necesario contar con acompañamiento por parte de alguien que los pueda contener, orientar y, sobre todo, mediar con la lógica institucional.

Una segunda barrera que pude constatar en campo, es que en general, los médicos consideran que una persona que esté usando alguna droga al momento, por su condición de usuario, presentará poca adherencia a cualquier tratamiento y por tanto no amerita brindárselo. Hay estudios han demostrado que esta idea es un mito y que usuarios activos pueden tener adherencia al tratamiento de acuerdo con sus condiciones de vida y el apoyo institucional que reciban **Fuente especificada no válida..**

Así pues, cuando un usuario resulta positivo a VIH, se le recomienda internarse en un centro de rehabilitación y acceder a tratamiento a través del centro. Esto implica una violación al derecho a la salud y a la autonomía de los usuarios, sobre todo al considerar que la mayoría de centros no reciben a personas que viven con VIH, bajo el argumento de que “no tienen los recursos adecuados para atenderlos”. A la fecha de mi trabajo de campo, según el director del CAPASITS no había ninguna persona usuaria de drogas inyectables que viviera con VIH en tratamiento en Hermosillo. Dada la alta prevalencia de VHC entre mis entrevistados, considero poco probable que esa atención carezca de demanda. Mi análisis sugiere que hay complejas dimensiones sociales que alejan a los PID de las instituciones públicas de salud, sobre todo cuando se trata de personas carentes de recursos económicos, familiares y sociales.

A pesar de las trabas frente al tratamiento y a las actitudes estigmatizantes frente al VIH, en general, los usuarios quieren saber su estatus serológico. Ello lo pude observar al salir a campo con las organizaciones que hacen las pruebas de detección, siempre se les acaban las pruebas y quedan usuarios pendientes para una próxima ocasión, siempre que estuve en campo, llegaron

usuarios preguntando por los lugares a dónde pueden acudir a realizarse la prueba o cuándo se van a hacer jornadas en campo.

“Cuando me ofrecieron la prueba, de volada me aventé. Por si no lo tengo, pues para cuidarme más, ya después de que me hice el examen, me he cuidado más, me he tratado de no meterme con otras jeringas usadas”.
Paco, 1971

Los usuarios reconocen que, tras un resultado negativo, tienen un incentivo para no compartir las jeringas. Asumen que es como una segunda oportunidad que tienen y al menos por un periodo de tiempo, evitan compartir sus jeringas incrementando su percepción de riesgo. Sin embargo, la relación que tienen los usuarios con el VIH es ambigua. Por un lado, saben cómo se adquiere, reconocen los riesgos a los que se han expuesto, pero su comportamiento no es consistente, a veces comparten jeringas a veces no.

[¿Te preocupa infectarte de VIH?] *“La verdad no. Me preocupa más que me maten”*
Pelón, 1992

5.6 VIH y Drogas: La consolidación del discurso higienista y la figura del adicto

Para cerrar este apartado, podemos concluir que en Hermosillo, la llegada del VIH/SIDA confluye con la aparición de la figura del adicto que se empezaba a construir desde el discurso de los programas de salud mental. Con la llegada del VIH, el paradigma médico sobre el uso de drogas adquiere una relevancia fundamental para el caso del abordaje del uso de drogas inyectadas, al mismo tiempo que consolida el estigma frente al adicto como un sujeto peligroso, que requiere internamiento y aislamiento. Con la llegada del SIDA las PID son doblemente estigmatizadas por su condición de adictas y por ser agentes potenciales de transmisión del virus entre otros usuarios de drogas. Esta doble estigmatización incrementa su aislamiento y marginación. La cárcel sigue siendo el principal espacio de internamiento para estas personas, que son población excedente.

En el siguiente capítulo, veremos cómo estos procesos de estigmatización se agudizan en el paso de una generación a otra, al tiempo que se complejizan los contextos de compra-venta-uso de drogas. A través del análisis narrativo de tres relatos biográficos, busco reconstruir con mayor detalle las experiencias de tres entrevistados, uno de cada una de las generaciones analizadas, para completar algunas dimensiones del análisis cualitativo.

5.7 Análisis narrativo de los relatos biográficos de tres entrevistados: la construcción de estilos de vida y el impacto de los ambientes de riesgo en varones pobres de Hermosillo, Sonora

El relato debe construir dos paisajes simultáneamente: El paisaje exterior de la acción y el paisaje interior del pensamiento y las intenciones.
Bruner, 1988.

El análisis narrativo consiste en un conjunto de propuestas metodológicas diversas para describir de manera densa y sistemática las historias personales construidas a partir de entrevistas en profundidad levantadas en el trabajo de campo. Se trata de construir una historia, a partir de los relatos que los sujetos construyeron partiendo de la pregunta: “cuéntame cómo ha sido tu historia con las drogas”. Para ello, ordené la información siguiendo la biografía del sujeto cronológica y progresivamente, ejercicio que no fue sencillo, primero porque en las entrevistas, los narradores iban y venían del pasado al presente y cada uno establecía su propio orden de acuerdo a los eventos que cada uno priorizaba; y en segundo lugar, por la tentación por tematizar los hallazgos, rompiendo así con la cadencia propia del relato de vida e imponiendo un orden más racional, lo que me hizo escribir y re-escribir estos hallazgos en ambos formatos una y otra vez.

Justamente, la teoría del análisis narrativo plantea que el narrador define cómo ordenar los eventos y privilegia unos temas más que otros, incluyendo episodios y otras dimensiones como el tiempo y el espacio para organizar su narración. En este caso, los relatos que presento se construyen a dos voces y en dos momentos distintos. Primero, parten de lo que los participantes me contaron de sus vidas durante la entrevista que fue audiograbada y posteriormente transcrita. Segundo, realizo una construcción meta-narrativa a partir de dichas transcripciones. Mi interés con estos meta-relatos es que el lector pueda tener una visión de las vidas, las acciones, los significados y emociones de los acontecimientos narrados por los tres participantes para quienes reconstruí un resumen extenso de sus biografías, y los contextos sociales e históricos en los que éstos tuvieron lugar.

Así, las narrativas incorporan las emociones experimentadas por el narrador, pues son las que dotan de significado a la historia en la vida personal que construye el sujeto. De esta manera, de acuerdo con Geertz (1973), la narrativa es una manera de construir el “sí mismo” en un contexto histórico y cultural específico, donde existe el valor de la individualidad, es decir, donde la noción de persona es un eje significativo en la cultura, donde se es un sujeto más allá de los grupos de

pertenencia (género, clase, etnicidad, grupo étnico, generación, residente urbano o rural, grupo escolar, estado conyugal, etc.).

Las narrativas se construyen para audiencias específicas (en este caso la investigadora, “la de las jeringas” y los lectores de esta tesis) en un momento de la investigación (el trabajo de campo en Hermosillo el segundo semestre de 2014, el análisis de las entrevistas durante el 2015 desde la Ciudad de México), y se basan en discursos y valores compartidos en una cultura particular (la calle en Hermosillo, el ámbito académico) (Geertz, 1973; Kohler-Riessman, 2008).

En consecuencia, las narraciones no muestran ni la esencia de una persona, ni la verdad objetiva sobre ciertos hechos, sino que son una construcción hecha a partir de una cultura, unas normas y unos valores que se expresan a un oyente específico que representa algo para el narrador en un momento determinado. Están mediadas y reguladas por el lenguaje narrativo y expresan una historia y un momento y contexto, mediado también por la singularidad de la experiencia personal y las emociones (Kohler Riesman., 2008), tanto del narrador como de la investigadora.

A diferencia del análisis de trayectorias, que precede a este apartado, el análisis narrativo de tres de las historias personales obtenidas en el trabajo de campo, ilustran cada una en profundidad, tres momentos diferentes en las trayectorias de compra-venta y de uso de drogas entre varones en la ciudad de Hermosillo. El primero de ellos, Caro, corresponde a los entrevistados que nacieron entre 1965 y 1971. La segunda generación, ilustrada por la historia personal de Aurelio, se refiere a la generación de nacidos entre 1979 y 1984; por último, los nacidos entre 1988 y 1993 se pueden entrever en la historia personal de Vicente. A continuación, incluyo los tres relatos biográficos extensos.

5.7.1 Resumen de los relatos biográficos: Comencé jugando y terminé perdiendo

5.7.1.1 Caro (1965). *Un comerciante no tan exitoso. Entre la sobrevivencia y la distinción*

Conocí a Caro a través de un amigo del Colegio de Sonora desde 2010. En 2012 regresé a Hermosillo y trabajó conmigo como investigador par, me ayudó a levantar las encuestas que describo en el análisis cuantitativo de esta tesis. Cuando regresé a Hermosillo en 2014 para hacer las entrevistas, me lo topé por casualidad cuando iba a mi encuentro con Axel.

Caro es un distribuidor de heroína, por lo que siempre cambia de celular y es difícil seguirle el rastro. Me tiene especial afecto y yo a él. Cuando le pedí la entrevista por primera vez, me la negó, pues “*no quería recordar su perra vida*”, sin embargo, al avanzar en campo me preguntó un día

“por qué estaba entrevistando a todo el mundo menos a él”, entonces hicimos el acuerdo de realizar las entrevistas en sus tiempos de espera. En total hicimos seis sesiones, con duraciones de entre dos y tres horas cada una. Aunque nos vimos cerca de 10 veces, pues en ocasiones llegaba a la cita, pero no quería continuar con la entrevista, sino simplemente platicar. *“Es que ando malillo guacha, hoy la clínica no abrió y se me acabaron las pastillas, además discutí con mi mujer, no quiero hablar”*. En esas ocasiones hablábamos entonces de F –un usuario muy cercano que murió de SIDA en 2012-, de “su chaparrita” (su pareja), de sus planes de montar un negocio, de sus últimos clientes, de cómo andaba el negocio ese día.

Caro es un migrante de segunda generación, originario de una colonia del norte de la ciudad. Su familia es originaria del municipio de Banámichi, al norte de Sonora. Nunca habla de su padre durante las entrevistas, sus referentes son su abuela y su madre. Es el segundo de cinco hermanos. A los 11 años, la madre se volvió a unir con un hombre distinto al padre de Caro, lo que generó conflictos que lo llevaron a irse a vivir definitivamente con la abuela, tras un año de estar quedándose por días en casa de su “nana” y regresar a casa de la madre. En sus palabras, la excusa fue el espacio, pues en casa de su madre sólo había dos cuartos y en casa de la abuela tenía un cuarto para él solo.

Tuvo su primera experiencia con drogas a los 10 años, con Resistol, con sus compañeros de escuela, motivado al haber visto a otros compañeros “en el alucín” y quiso probar sus efectos. Le gustaba porque “lo saca de la realidad” y empezó a usarlo a diario al salir de la escuela hasta que su abuela lo descubrió. Dejó de usarlo después de recibir un castigo ejemplar y de jurar en la iglesia que no volvería a hacerlo nunca más.

Abandonó la escuela a los 13 años, sin terminar el sexto grado de primaria, pues sentía que sus compañeros lo hacían menos por ser pobre, pues llevaba los tenis rotos y la ropa raída. Ayudaba a su abuela a vender la comida que ella hacía. Viviendo con su abuela, entró en contacto con una tía quien vendía heroína en esa época (finales de 1970) y quien es detenida por la policía. Caro recuerda con especial realismo este evento en su vida.

A los 13 años empezó a vender marihuana a sus pares, aprovechando que en la esquina de la casa de su abuela se juntaba un grupo de jóvenes quienes fumaban marihuana y uno de ellos vendía. Es entonces cuando inicia el uso de marihuana, primero de manera no frecuente, pero una vez se consolidó su rol como distribuidor entre su grupo de amigos, se volvió usuario asiduo, de modo que fumaba varias veces al día cada día. En este contexto tuvo su primera relación sexual, a los 13

años, con una joven del barrio usuaria de Resistol. No usaron condón. Los dos estaban bajo el efecto de drogas, ella del Resistol y él de marihuana. Él confiesa además que en ese momento no tenía idea de los condones.

Un año después, la persona a través de la cual conseguía la marihuana para vender, le ofreció intercambiar marihuana por las pastillas Valium de la abuela, con lo cual no sólo inició el uso de tranquilizantes, sino que empezó también a comercializar estas pastillas entre sus pares. Sin embargo, a diferencia de la marihuana que la usaba a diario, sólo usaba las pastillas los fines de semana cuando salía de fiesta, para *“marcar felonía”* y porque *“podía andar con 10 tubos [de marihuana] en la bolsa y me pasaba una patrulla por un lado y como si hubiera pasado cualquier cosa, sin temor, en cambio cuando estás marihuano tiembles, te paniqueas, me gustaron por eso, sangre fría, machín, machín”*.

A los 16 años, otra tía, dueña de una casa de citas, lo llevó a trabajar con ella. Su trabajo consistía en cuidar a las chicas cuando la tía estaba ausente, hacer la limpieza del lugar y los mandados. En ese ambiente conoció a su primera pareja sexual, quien además de iniciarlo en el uso de cocaína, piedra y estimulantes sexuales (*bombitas* y *rash*), le enseñó el uso del condón y le habló por primera vez de las infecciones de transmisión sexual. Esta mujer le presentó a su primer padrino, con quien inicia la venta de cocaína principalmente en centros nocturnos ubicados en la denominada zona de tolerancia de la época, en la misma zona norte donde vivía con su abuela. A pesar de la relación de más de un año que sostuvo con esta mujer, no la considera su novia, pues *“era una prostituta, que novia podía ser”*.

A los 18 años entró en unión, pues embaraza a su novia oficial. Duró cuatro años de novio con ella y cuatro más de casados. Tuvieron tres hijos en total. Fue la época de mayor florecimiento económico, gracias a la venta de cocaína y pastillas auspiciada por su padrino, quien ocupaba un importante cargo en la policía estatal, lo que garantizaba su protección. Sin embargo, también fue una época de mucha fiesta *“Era un pinche degenera de drogas para el cerebro, porque le echábamos perico, le echábamos pastillas, le echábamos mota, cerveza y tequila o whisky o whisky y tequila. Nos encerrábamos en un autoparador, en una suite con jacuzzi, yo y mi compa y llevábamos tres o cuatro morras y ya te imaginarás el fiestón”*. En su opinión fueron estas fiestas las causantes de su divorcio, cuando tenía 22 años.

Tras su divorcio, se *“tiró más a la milonga”*, pues por la misma época el padrino muere de cáncer y en medio de su depresión, se gastó su dinero en drogas y alcohol. Piensa que *“si hubiera*

tenido el apoyo de ella, no hubiera sido lo mismo". En este contexto, se fue a vivir con una "prostituta" a quien frecuentaba. Vivían en casa de una hermana de ella, pues le dejó su casa a la mamá de sus hijos. Esta nueva unión duró tres años. Plantea que fue uno de los momentos más denigrantes de su vida, pues ella trabajaba en las noches como trabajadora sexual y él vendía marihuana, cocaína y crack y sostenía una dinámica de uso intenso de crack. En estas circunstancias se inyectó por primera vez *speeball*, pues unos amigos llegaron a su casa buscando un lugar para inyectarse y le ofrecieron inyectarse, le gustó el efecto, pero le tenía miedo a las jeringas, entonces no lo volvió a hacer hasta mucho después. El punto de quiebre de la relación es cuando ella empieza a salir – según él – con un vecino y entonces la deja junto con su hijo, a quien no reconoce, aduciendo que puede ser de cualquiera.

Para alivianarse del uso intenso de drogas y curar su pena de amor, se va a vivir a Agua Prieta, aprovechando unos contactos antiguos de su tía – la que comerciaba con heroína – y el apoyo de su madre, quien le dio dinero y le facilitó el contacto con estas personas. En Agua Prieta consiguió trabajo en una "maquila de drogas", donde cortan, empacan y distribuyen cocaína hacia Douglas, Arizona. Vivió allí por cuatro años y gracias a que se ganó la confianza del jefe logra ahorrar un dinero con lo que regresó a Hermosillo, a vivir en casa de su abuela. Buscó trabajo en un taller de carrocerías y al poco tiempo lo contactaron para vender cocaína y pastillas y como tenía dinero ahorrado, re-inició así su actividad de distribuidor de drogas en el barrio.

A mediados de los noventa "brinca la heroína en el barrio". Las mismas personas a través de las cuales distribuía cocaína, le ofrecieron empezar a vender heroína. Él ya tenía conocidos que se inyectaban, razón por la cual "se le hizo fácil" incluirla dentro de las drogas que distribuía. No se le antojaba probarla, pues veía que sus clientes la usaban y se quedaban dormidos y él sentía que su negocio requería que él estuviera muy despierto para que no lo engañaran o evitar a la policía. Sin embargo, un año después, la prueba por primera vez por la nariz, pero no sintió nada y ese mismo año, para su cumpleaños número 30 decide inyectarse. Como no sabe preparar la dosis ni inyectarse, invita a un amigo usuario de cocaína inyectada, quien le prepara la dosis y lo inyecta, pero él no usa heroína.

Relata que esa primera experiencia con heroína inyectada fue muy placentera. *"Vomitó al principio, pero ya después agarré vuelo, andaba en mi dimensión, en mi rollo. Estaba super a gusto, de esas veces que no aguantas lo agusto. Eso fue como las 9 am y cuando reaccioné, cuando*

abrí los ojos eran como las 8 pm y me dicen que me puse bien loco. Duré como año y medio sin probarla, pues lo que quería hacer era levantar una feria”.

Vendiendo heroína conoce a una mujer que viene de Utah, usuaria de heroína y se va a vivir con ella. Con ella empieza a inyectarse todos los días. Vendía heroína con un amigo de Sinaloa, quien se encargaba de traer la goma y en Hermosillo cortaban, empacaban y él distribuía. En ese momento se inyectaba diariamente un gramo y medio diario de heroína y medio gramo de cocaína. Cuando su pareja le dice que está embarazada, la echa de la casa, pues *“no le gusta que le vean la cara de güey”*.

Un año después, a los 32, el amigo que le traía la heroína de Sinaloa es arrestado y Caro empieza a *“fondear”*. *“Tronó el bofo, el bato con quien trabajaba y todo se derrumbó. Me regresé a vivir con mi nana. Ya no vendía porque lo que tenía era para mí. Hasta que me lo acabé todo y entonces salía a comprar un gramo, cortaba y vendía pero me quedaba malilla. Cuando me lo inyectaba todo ya no tenía para comprar la dosis, entonces empecé a robar para poder volver a empezar y vender cincuentitas y así hasta que me torcieron por primera vez, por rata, ¡qué vergüenza!”*.

Esa primera vez estuvo 9 meses en prisión, pero al poco tiempo volvió a caer también por robo. Dentro de la cárcel no usó heroína por la falta de jeringas nuevas y el temor a infectarse de VIH. Enfrentó el síndrome de abstinencia con pastillas Rivotril, que conseguía clandestinamente. Al salir volvió a inyectarse y a los pocos meses nuevamente estaba fondeando. Pidió ayuda a una hermana para que lo ingresara al Hospital Carlos Nava. Sólo aguantó tres días y se salió. Después pidió apoyo a su mamá para ingresar a un centro de ayuda mutua, allí estuvo cuatro meses y cuando se ganó la confianza del director, se escapó.

Estando afuera se encontró con viejas “conectas” y le ofrecieron trabajar en una casa de seguridad vendiendo heroína, cristal y cocaína. Se volvió a enganchar con la heroína y la cocaína, se inyectaba cada día ocho cuartos. Hasta que llegó la Policía Federal y lo arrestaron por narcomenudeo. Estuvo cinco años en prisión. En ese tiempo mataron a su hermano menor y murió su abuela, fue el periodo más difícil de su vida. Todo el dinero que había conseguido lo gastó en la prisión. Sufrió los rigores del síndrome de abstinencia y nuevamente su única opción fue tomar Rivotril, tomaba hasta seis diarios. A través de las influencias de la tía que tenía la casa de citas, consiguió espacio en un dormitorio destinado a personas con dinero, donde no había hacinamiento y la comida era mejor. Estando en prisión escuchó hablar del tratamiento con metadona.

Tras pagar su condena, regresó a la casa de su mamá y se convierte en pareja de una vecina, con quien se va a vivir a los pocos meses. Consigue trabajo nuevamente en un taller de carrocerías, pues no quería volver a vender droga. Sin embargo, se lesiona en el trabajo y lo despiden sin indemnizarlo ni darle acceso a servicios de salud, lo que lo enfurece y vuelve a la venta y al uso de heroína. Al mes ingresa a tratamiento con metadona y se da cuenta que el medicamento le ayuda a calmar la ansiedad por inyectarse, permitiéndole controlar su deseo de usar heroína.

Estando en el negocio de la venta de heroína, lo levantan unos policías municipales, lo torturan, piensa que lo van a matar, pero cuando despierta está de nuevo en la cárcel. Paga seis meses, acusado de narcomenudeo, pero logra salir por falta de pruebas.

Al salir, busca un trabajo “por la derecha”, pues tiene miedo de que lo vuelvan a levantar y esta vez lo maten. Permanece un año buscando oportunidades, pero no consigue ninguna y entonces regresa a la venta de heroína. Su meta es ahorrar para montar un negocio con su pareja y dejar así de vender drogas.

Actualmente usa diariamente metadona, Rivotril y marihuana. Ocasionalmente se inyecta heroína, para probar la mercancía que vende.

5.7.1.2 Aurelio (1980). *Un pandillero arrepentido “Toda mi vida ha sido recia”*

Conocí a Aurelio en la casa de F – aquel usuario que fue investigador par en un proyecto que coordiné en 2010 – eran amigos de toda la vida, pues habían crecido juntos en el barrio. En esa época, el equipo de investigación le celebró el cumpleaños a F con un pastel e invitamos a sus vecinos, entre ellos a Aurelio, con quien tuve oportunidad de hablar informalmente y conocer a su novia, por fuera de las jornadas de intercambio de jeringas y aplicación de encuestas.

Me lo topé de nuevo en Agosto de 2014, mientras hacía trabajo de campo en el mercado municipal. Lo invité a participar en la entrevista y accedió. Acordamos realizar la entrevista en su casa. La entrevista tuvo una duración de cuatro horas. Hicimos una pausa a la mitad para ir a comer. Durante la entrevista Aurelio fue muy cooperador y a medida que avanzábamos, sentía que se iba abriendo, compartiéndome mayor emotividad.

Aurelio es el hermano menor y único varón de tres hijos. Su padre era albañil y entrenador de boxeo. Era muy estricto con él y lo hacía entrenar. Así aprendió a defenderse de los niños que lo molestaban en la escuela “por chaparro”. El padre era alcohólico y usuario de pastillas

psicotrópicas, situación que lo hacía más violento. Aurelio narra que de su infancia sólo recuerda el maltrato por parte de su papá.

Su madre se dedicaba al hogar, pero tras la partida del padre – alrededor de los 13 años de Aurelio –, ingresó a trabajar a una maquila. El padre terminó sus días viviendo en la calle. Se encontraron alguna vez en la misma situación de calle, cuando Aurelio estaba “fondeando”.

Era mal estudiante, lo que enfurecía al padre y por ello lo corrió de la casa cuando él tenía ocho años. Se va a vivir a las alcantarillas, donde permaneció un par de semanas, hasta que sus padres lo fueron a buscar. Sin embargo, en sus palabras “el daño estaba hecho” y él ya nunca más fue el mismo, acumuló rencor y el deseo de hacer parte de una pandilla. A los 11 años decidió dejar la escuela, se fugó de casa y regresó a las alcantarillas por un par de meses. A los 12 años ya ingresó a la pandilla del barrio y a los 13 se tatuó el nombre de la pandilla, sellando su pertenencia.

A los 13 años inició su trayectoria de uso de drogas con el uso de Reinol, unas pastillas psicotrópicas que estaban de moda en ese momento. Le gustaron porque *“lo hacían sentir como si fuera otro, bien relajado, bien a gusto y entre más tomaba, mejor me sentía, me daban como valor, una valentía muy especial. Me tomaba 10, 12 pastillas y hacía un chingo de tonterías, un chingo de pendejadas, por eso me internaban, porque tomaba un chingo, todas las que pudiera y así todo loco me iba a robar y a asaltar con otros cuatro morros, imponíamos el terror en el barrio”*.

A los 14 años probó el Resistol, también en el contexto de socialización con la pandilla y lo internan en un centro de rehabilitación, al hacer evidente su uso de drogas. *“Siempre fui bien descarado, me ponía acá enfrente de todos, me valía madres, si entraba con la botella acá a la casa, o si no, loqueaba aquí, me valía verga y loqueaba allá afuera”*. En este primer internamiento escucha de la heroína por parte de otros usuarios originarios de Mexicali y Ciudad Juárez y le genera interés esta droga, pero no la prueba por el temor a las agujas.

Desde entonces su vida transcurre entre centros de rehabilitación y la cárcel, a donde ingresa por primera vez a los 17 años por intento de homicidio, si bien, su carrera criminal había iniciado a los 15 años con robos y venta de drogas que traía de Obregón, siempre al interior de la pandilla. En el marco de esta naciente carrera criminal, empieza a usar cocaína a los 15 años, pues las pastillas lo hacían dormir y necesitaba estar alerta.

A los 16 años, ya se sentía cansado del mundo de la pandilla y de sentirse perseguido, entonces consigue trabajo en una panadería, donde aprendió el oficio y permanece por un año, pero se fue

desanimando porque el dinero no le alcanzaba y volvió a cometer pequeños robos con la pandilla los fines de semana para tener más dinero, pero al final, terminó involucrado de lleno en la vida de la pandilla y abandonó el trabajo.

A los 18 años embaraza a su novia, por lo que decide que es momento de acabar con “la vida loca”, se muda a Nogales, donde su suegro trabajaba de albañil. Dejó las pastillas, pues éstas lo incitaban a robar y él quería dejar esa vida. Adicionalmente consiguió trabajo en una empresa con un conocido del barrio, quien también lo involucraba ocasionalmente en actividades ilegales y con quien prueba el cristal. Al cabo de un año, se vuelve usuario intenso de cristal y cocaína, deja a su familia y regresa a Hermosillo, donde se dedica a vender drogas y sigue siendo usuario intenso de cristal hasta los 22 años, cuando se inyecta heroína por primera vez, buscando descansar del efecto del cristal. Como no sabe inyectarse ni preparar la dosis, le pide a uno de sus clientes que lo haga por él.

A los 22 años le ofrecieron ir a trabajar a la sierra de Chihuahua en los campos de marihuana y decide irse pues lo andaba buscando la policía para meterlo a la cárcel. Se llevó a varios amigos consigo, entre ellos a quien lo inyectaba. Estando en la sierra, se le taparon las jeringas y experimenta por primera vez el síndrome de abstinencia, se da cuenta además que las condiciones de trabajo son muy duras y que su vida está en riesgo, por lo que decide huir del campamento y regresa a Hermosillo, donde empezó a “fondear”, pues ya no tenía dinero para comprar heroína, frecuentaba picaderos y vivía en la calle, sus hermanas le echan de casa porque las robaba y maltrataba a la madre.

De los 24 a los 27 años, viajó por la república realizando actividades delictivas y “loqueando”, hasta caer nuevamente en prisión por dos años, donde escuchó hablar de la metadona. Al salir entró a tratamiento con metadona, pues le ofrecieron vender heroína y sabía que no podía vender y estar usando. En estas circunstancias conoce a su pareja actual, quien era usuaria de cristal, pero con él se vuelve usuaria de heroína inyectada, lo que lo llena de culpa hasta la actualidad. Siente culpa también por haber “enganchado” a muchos jóvenes en el barrio. Ha estado en metadona varias veces, entra y sale. Mientras usa metadona deja de usar heroína, pero ocasionalmente usa cristal y el uso diario Rivotril para manejar su ansiedad, dice que necesita las pastillas para no convulsionar. El principal factor que lo lleva a recaer en el uso de heroína es tenerla disponible cuando está vendiendo. Sufre los efectos secundarios de la metadona, especialmente el síndrome de abstinencia, pero reconoce que necesita la metadona para manejar su uso intenso de heroína.

En el 2010, cayó en prisión por narcomenudeo, pues *“llegó la mafia que está ahora. Llegaron poniendo el dedo, a toda la gente con la que yo chambeaba, todos torcieron, se cambiaron a chambear con ellos, porque llegaron con arreglos con los federales y se quedaron con la red”*. Desde entonces ha buscado no vender heroína, pues ya no quiere exponerse a que lo maten, piensa que si lo vuelven a levantar lo matan.

Actualmente, vende dulces en los camiones del servicio público y pastillas Rivotril entre sus conocidos. Su pareja está en prisión por robo agravado con violencia, debe pagar una condena de varios años. El síndrome de abstinencia que experimentó al entrar en prisión hizo que perdiera el bebé que esperaban, lo que aumenta la culpa que siente Aurelio. Su rutina diaria consiste en ir a la clínica de metadona, vender dulces en los camiones, ir al reclusorio cada tercer día a visitar a su pareja y llevarle dinero.

Dos semanas antes de terminar el trabajo de campo, murió su madre de un infarto. La última vez que lo vi, tenía temor que sus hermanas lo volvieran a sacar de su casa.

5.7.1.3 *Vicente (1988). Un matón a sueldo: Ser malandro es mi destino.*

Conocí a Vicente en una casa de venta de cristal. Soy cercana a la persona dueña de la casa y una vez a la semana pasaba a saludar y ver si podía contactar a algún usuario. Vicente se mostró siempre muy desconfiado conmigo, desde nuestro primer contacto, me cuestionaba constantemente mi presencia en sus espacios, me retaba a inyectarme, me preguntaba constantemente si no me daba miedo estar con él, siempre me advertía que en cualquier momento podían pasar a matarlo, por lo que no era seguro estar a su lado. Me gané su confianza pasando pequeñas pruebas que me ponía cada vez que nos encontrábamos. Me negó varias veces la entrevista, al final accedió a “contarme su historia” pero sin que lo grabara. Conduje la entrevista en tres sesiones, una vez en casa de un amigo suyo, las otras dos veces en la banqueta frente a su casa.

Vicente tiene 26 años. Es el mayor de tres hermanos hombres, su hermano siguiente, tiene 24 es usuario de heroína y el menor tiene 13 años, aún no usa drogas. Su papá era comandante de la policía estatal y “malandro”, desapareció cuando él tenía 11 años, desde entonces su mamá trabaja como mucama en hoteles de la ciudad. Cuando su padre vivía con él, lo llevaba consigo a realizar actividades criminales, por lo que desde muy temprano estuvo expuesto a actos violentos y uso de drogas. El padre era usuario de cocaína. El padre es a la vez su héroe y el villano de su historia.

Habla de sí mismo en los mismos términos que habla de su padre. *“Yo soy malandro, toda mi vida he sido malandro”, “mi padre era malandro, todos le tenían miedo”*. La madre lo abandonó emocionalmente tras la desaparición del padre y un año después lo dejó al cuidado de su abuela materna, momento en el cual *“se tira más a la milonga”*. La abuela, aunque lo regañaba continuamente, no logró ser un referente de autoridad para él.

Tiene una historia temprana de criminalidad desde los 12 años. A esa edad inició su trayectoria de uso de drogas con marihuana en el marco de la socialización con jóvenes de la esquina de su casa. A los 13 años probó las pastillas Rivotril y las empezó a usar principalmente para delinquir. A esta edad abandonó la escuela, pues no le gustaba, sentía que perdía el tiempo y el poco dinero de su familia. Su grupo de pares lo retó a cometer su primer homicidio para demostrarles si era o no “confiable”. A partir de entonces empezó a vender y a usar cocaína inhalada de manera intensa y a *“imponer el terror en el barrio”*. Hasta que a los 15 años entró por primera vez a prisión, tras haber asesinado a golpes a un vecino. Terminó la secundaria estando en prisión. Nadie lo fue a visitar el tiempo que estuvo recluso (dos años), lo que aumentó la tensión que ya existía con su madre.

A la salida de prisión, volvió a vender cocaína y en esas circunstancias conoció a la madre de su primer hijo, quien hacía parte de una familia distribuidora de droga para quien él trabajaba. Vivieron juntos un par de meses en casa de su mamá, pero tras el nacimiento del bebé, la joven – de 14 años – regresó a vivir con su familia a lo que reacciona Vicente de manera muy violenta, *“rafageando”* la casa de la joven varias veces. A raíz de esta situación, y por temor a que lo asesinaran, se fue a vivir a Texas, donde le ofrecieron trabajo como despachador de drogas. Allí es detenido y sentenciado.

En la prisión en Texas se unió a una pandilla “para poder sobrevivir”, pues se cansó de que lo golpearan. Se agudiza su carrera criminal y finalmente es deportado por Ciudad Juárez, donde permaneció por un mes viviendo en la calle, sobreviviendo como limpiador de vidrios. Allí inició el uso intenso de cristal. Sentía miedo que lo mataran por estar tatuado con el nombre de la pandilla. Regresó a Hermosillo en tren, donde hace camaradería con personas que vienen huyendo de la justicia.

Al regresar, le ofrecieron trabajar en un sembradío de marihuana en Sinaloa. Se va, pero sólo dura dos meses, pues tuvo conflictos con quienes dirigen la operación y huye, nuevamente temiendo que lo asesinen. Al regresar a Hermosillo, le ofrecieron un trabajo como pistolero en

Tamaulipas, donde pasa el 2010. Fue su época *“más loca. Todos andábamos con cuerno de chivo y era pura balacera todos los días. Por esa época también agarramos de estar siempre bien arriba, con mucho perico, siempre había unos bolsones grandotes de perico, pa’ tenernos bien contentos acá. Ahí vi muchas cosas, vi morir a muchos compas. Como que vivíamos el día al cien, porque no sabíamos si ese era el último día”*. Sin embargo, por tanto uso de cocaína, se volvió *“bien soberbio. Nadie me podía decir nada porque me lo andaba quebrando”*, entonces lo dieron de baja del grupo y se regresó a Hermosillo a mediados de 2011.

A su regreso, como tenía dinero, reinició la venta de cocaína en compañía de su hermano y conoció a la madre de su segundo hijo. No alcanzó a vivir con ella, pues a los días de saber que estaba embarazada cayó a prisión por narcomenudeo y ella consiguió otro padre para su hijo, lo que llenó de rabia a Vicente. Su padrino lo sacó de prisión y se lo llevó a trabajar a la Ciudad de México, donde permaneció por algunos meses cuidando una zona de la ciudad. Posteriormente fue trasladado a Guadalajara, donde realizaba diversos *“jales”*, pero *“se calentó la plaza”* y se quedó sin trabajo. Pasó unos meses viviendo en una casa de venta de cristal, donde retomó el uso intenso de esta droga y entonces decidió viajar para regresar a Hermosillo.

Esta vez regresó sin dinero, a vivir de nuevo a la casa de la abuela. Conoció a la madre de su última hija, una joven del barrio, menor de edad y también usuaria de cristal, con quien *“loquiaba y malindriniaba”*. Antes de que la bebé naciera, volvió a caer a la cárcel y la joven se hizo pareja de un amigo de Vicente, quien reconoció a la bebé, que al momento de la entrevista tiene tres meses.

El día que la bebé nació, Vicente se llenó de rabia por la impotencia que le generaba el que le hayan quitado su posibilidad de ser padre por tercera vez. *“Me puse a pensar en todo esto que ha sido mi vida, que ando valiendo verga, sin feria, nadie me respeta, no valgo nada. Entonces dije, me voy a inyectar a la verga, para sentir algo en las venas, a ver si estoy vivo. Usted no sabe lo que es no poder estar con mi hija, me gustaría que se sienta orgullosa de mí, pero ¿qué le puedo ofrecer?, no tengo nada para darle, ni una soda le puedo invitar. Siento que me van a matar. Varios por ahí me dicen que me andan buscando para darme piso. Yo sí quiero morirme. Pero sé que antes de irme tengo que pagar todo lo que he hecho y he hecho mucho mal. Ese mal me persigue, por eso no puedo dormir. Me da miedo dormir porque tengo muchas pesadillas, escucho gritos. Por eso me gusta el cristal, porque no me deja dormir, me mantiene en el vuelo”*.

Estas son las tres historias que analizaré en extenso en el siguiente apartado, intentando dar cuenta de cómo las transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales de Hermosillo impactaron la biografía de uso de drogas de tres generaciones de inyectores de barrios populares del norte de la ciudad.

5.7.2 Sujetos, Subjetividad y Consumo. Estilos de vida de tres generaciones de inyectores de un barrio popular del norte de Hermosillo

Los relatos de éstos narradores, cada uno de los cuales ilustra una generación diferente, permiten observar cómo se fue transformando el espacio del barrio y las relaciones intergeneracionales y entre pares en los últimos 30 años en Hermosillo. Así mismo, permiten identificar cómo cambiaron las dinámicas de compra-venta de drogas y con ello las drogas disponibles, los espacios para usarlas y las prácticas de socialización en torno a ellas, así como también las construcciones y significados sociales y personales en torno a los riesgos y los consumos problemáticos y no-problemáticos en esta ciudad.

Este estudio se centró en los relatos de los narradores en torno a sus biografías de uso de drogas, y el análisis busca vincularlos con los cambios socioeconómicos y aquellos relacionados con la historia del narcotráfico que vivieron el país en general y Hermosillo en particular. Este contexto social e histórico toma forma en los cambios que ha experimentado la vida cotidiana y las relaciones al interior del barrio, los cuales impactan de manera única las experiencias de uso de drogas de los narradores y sus biografías, construyendo unos ambientes de riesgo frente al uso de drogas y su salud.

Este apartado contiene el análisis narrativo de los tres relatos presentados de manera extensa en la sección anterior: Caro (generación de los nacidos entre 1965-1971), Aurelio (generación 1979-1984) y Vicente (generación 1985-1993). Con base en sus relatos, analizo los cambios generacionales en sus itinerarios de iniciación y uso de drogas, sus dinámicas de socialización con pares y adultos del barrio, sus dinámicas de iniciación sexual y formación de pareja, algunos hitos de sus itinerarios laborales, sus dinámicas de compra-venta-uso de drogas y sus relaciones con la policía y el crimen organizado.

5.7.2.1 *Nacidos entre 1965-1971. La construcción del barrio y la sociabilidad entorno a la sobrevivencia*

Carne y Piedra. La construcción social y material del barrio como espacio comunitario

Caro es un migrante de segunda generación. Su familia migró del campo a Hermosillo. Su infancia – al igual que la de otros narradores de esta generación - transcurrió durante el proceso de

apropiación del suelo urbano y formación del barrio, momento caracterizado por la ausencia de servicios públicos y la gestión comunitaria para resolver algunas de sus carencias.

Como mencioné en el contexto, la escasez del agua y el alto costo de los productos agrícolas – entre otros factores – fueron empujando a los campesinos más empobrecidos a ocuparse como jornaleros, mineros, albañiles o bien, a integrarse a la naciente industria manufacturera de Nogales, Guaymas o Hermosillo¹³¹.

El barrio en ciernes era un espacio donde “todo se sabe”, donde “todo el mundo ve”. Este ver, implicaba sanciones morales de los adultos hacia los comportamientos de los jóvenes, sanciones que, en el caso de Caro, eran ejecutadas por su abuela y acatadas con respeto por Caro. El barrio operaba como comunidad moral frente a los jóvenes, quienes respetaban los llamados de atención de los adultos, aún cuando éstos no eran parte de su familia. Las redes de compadrazgo favorecían esta mayor cohesión social.

La familia extensa y la corta infancia

Caro se separa del hogar nuclear con su madre a los 10 años, cuando ésta entra en una nueva unión. Al experimentar conflictos con su padrastro, acude al hogar extenso, la casa de la abuela, donde encuentra un espacio de formación, contención y apoyo económico y emocional que suple las necesidades que él sentía no satisfechas en su hogar nuclear. Este nuevo hogar, aparece en el relato como un espacio estructurado, con límites, y con castigos cuando estos eran trasgredidos. A pesar de ello, aparece también como un espacio en el que se preocupan por Caro y su bienestar y en ese sentido, las emociones que despliega al recordar la casa de la abuela son de admiración, añoranza y amor.

Quizá uno de los elementos que favorece ese ambiente estructurado del hogar de la abuela, es el rol de trabajador económico que debió cumplir Caro desde su infancia. Tanto su abuela como su tía, asumen que es deber de él aportar a la economía del hogar y en esa medida le encomiendan ocupaciones informales (vender las comidas que hace la abuela, ayudar en oficios varios en la casa de citas de su tía). En las generaciones siguientes, este papel económico de los niños y adolescentes pobres en sus hogares, propio de las culturas campesinas, se desvanece.

131 Por ejemplo, mientras en 1960, el 52.3% de la población ocupada del estado se dedicaba a actividades primarias, en 1970 pasó a 38.5% **Fuente especificada no válida..** La madre de Caro específicamente, se ocupaba en el trabajo doméstico, quizá por ser mujer y porque no contaba con las habilidades necesarias para integrarse a otros mercados laborales.

El rol temprano de proveedor, conlleva a que la experiencia de la infancia y la juventud de la generación de Caro son más cortas en comparación con los narradores de las generaciones siguientes, interrumpidas por la necesidad de contribuir económicamente a sus hogares, lo que secunda su pronta salida de la escuela (antes de concluir la primaria), introduciéndolo tempranamente en el mundo adulto de la economía informal.

Asociada a esta vivencia acortada de la juventud, en el relato de Caro no aparece muy presente la búsqueda de una adscripción identitaria dentro de un grupo de referencia. Su búsqueda principal es la sobrevivencia y el acceso a bienes de distinción (tenis *Converse*, jeans *Levis* y las playeras *OP*), que marcan una búsqueda de desclasamiento frente a ser pobre y el sentimiento de vergüenza que le genera tener sus ropas ajadas, llevar sus “*tenis trozados*”, en un movimiento compensatorio. La construcción de la identidad aparece en Caro como un proceso más individual y menos tribal, en comparación con los narradores de las generaciones siguientes.

Drogas: Control de emociones, búsqueda de placer y estrategia de sobrevivencia

En lo referente a los itinerarios de uso de drogas, la droga de inicio de Caro es el cigarro y posteriormente el Resistol, que no es una droga en sí misma. En ambos casos, el interés se origina a través del modelamiento por parte de otros significativos: Sus familiares y otros a quienes admira. Con respecto a los cigarros dice: “*Yo veía que mucha gente fumaba, mi mamá fumaba, en el ambiente que yo me la llevaba, la mayoría de la gente fumaba (...) los locos de las motos fumaban, entonces se sentía que era algo suave*”. El uso del cigarro es un comportamiento normalizado en el contexto de Caro, “*todos lo hacen*”.

Frente al Resistol relata: “*Nos dio curiosidad de ver a los mocochangos¹³² bien a gusto con su bolsita por la calle, en su mundo*”. Mientras el cigarro aparece en su relato como un consumo de distinción, que marcaba cierto estatus de adultez, al que él quería acceder para ser respetado, el Resistol pareciera estar asociado a la búsqueda de placer personal, un espacio donde no tiene que preocuparse por su minoría de edad, por su precariedad económica, por su situación familiar con su madre y su padrastro, por sus responsabilidades frente a su hogar.

Sus primeros referentes de usuarios de marihuana es el grupo de jóvenes que se reunían en la esquina de su casa, *los locos de las motos*”, quienes además de fumar tenían bienes que los

¹³² Así se les denomina a las personas que usan inhalantes

distinguían de los demás: Motos, ropa de moda, acceso al alumbrado público. De modo que no sólo eran las drogas, sino también su apariencia y los privilegios de los que gozaban, lo que atrajo la atención de Caro dada su vivencia de escasez y la humillación y vergüenza asociadas a ser pobre¹³³. Así, muy temprano en su vida asocia el uso y venta de drogas con el acceso a los bienes de distinción que él anhela y no puede tener.

La puerta de entrada a la venta de drogas en el caso de Caro, es su necesidad de ganar dinero, su resistencia a la marginalidad y sus habilidades sociales para el negocio y para capitalizar conexiones con personas que le facilitaron el acceso a drogas para vender.

A diferencia del Resistol, la marihuana es una droga que se puede consumir a diario sin ser visto, y que le permite realizar sus actividades cotidianas. Mientras el Resistol *lo saca de este mundo* – lo cual no necesariamente es deseable, pues se hace evidente para otros que está drogado y lo hace en cierto sentido disfuncional, en tanto no puede realizar actividades cotidianas bajo sus efectos -, la Marihuana le permite *navegar* en su mundo, llenar las horas muertas de espera, opera como un motivador para iniciar el día, una excusa para socializar con sus pares.

Su construcción discursiva inicial frente a las sustancias es que son *suaves*¹³⁴, que *ponen a gusto*, que le permiten vivir *en su mundo*. La práctica es social, compra con sus pares la caja de cigarros y la lata de Resistol y se consumen también en grupo, un grupo que protege, que cuida. En un nivel íntimo, es una práctica social vinculada al placer, a *ser chilo*¹³⁵, a construirse *un mundo a gusto*. A lo largo de su biografía, las sustancias cumplirán un rol anestésico a su dolor más íntimo, un dolor que no se permite mostrar y del que apenas habla de manera tangencial en su relato. La vergüenza de ser pobre, sentirse humillado por familiares y compañeros con mejor posición social, sentirse abandonado por su madre.

Esto último es claro cuando describe la sensación que le generan las pastillas psicotrópicas¹³⁶ -la tercera droga en su trayectoria-: primero relata: “*Son un tranquilizante, relax, antidepresivo*” y más adelante agrega “*me gustaron por eso, sangre fría, machín, machín*”. Cuando las mezclaba con alcohol, la mezcla lo investía de una valentía especial, “*marcaba tiro, marcaba felonía, a cualquiera le tiraba la pantera*”. Podríamos pensar que son tres

¹³³ Recordemos por ejemplo que de los principales motivos para dejar la escuela fue el “no tener lo suficiente”, ir con “los tenis trozados” y ser objeto de burlas por parte de sus compañeros de escuela por esta escasez.

¹³⁴ Algo suave es algo divertido, apreciable

¹³⁵ Chilo es sinónimo de chido en la Ciudad de México. Significa algo que es agradable, divertido, bueno.

¹³⁶ Prueba primero el Valium y después en este orden Oftanox, Rohypnol, Rivotril y finalmente Tafil, esas últimas solo las usa ocasionalmente por su costo más elevado

momentos/contextos distintos del uso de esta sustancia: relajarse cuando está en sus espacios privados, tener sangre fría para poder vender drogas sin *paniquearse* cuando ve a la policía, y pelear, demostrar su hombría ante sus pares-rivales en el contexto de las fiestas. Todos estos elementos se asocian con evadir emociones displacenteras: relajarse en un contexto de escasez de recursos o en el que se siente rechazado por su tía y su madre; mostrar sangre fría cuando tiene pánico de que la policía lo descubra con drogas y lo detengan; mostrarse rudo ante otros hombres y audaz ante las chicas.

A las siguientes drogas en su trayectoria accede a través de una pareja sexual y su dinámica de uso, que también es social, es puesta en función de sus encuentros sexuales¹³⁷. A través de ellas busca amplificar y/o prolongar el placer sexual, en sus palabras obtiene “*un clímax tremendo*”. Después experimenta con la piedra, pero no le gusta porque “*me sentí muy alterado, muy desesperado*”. Pese al disgusto inicial, dado que estas drogas eran parte de las dinámicas de encuentro con su pareja sexual, la siguió usando, “*sólo lo hacía por seguirle el rollo a D*”, quizá para no defraudarla o dejarla sola en su consumo, en un deseo de compartir intimidad. Vuelve a usar piedra más adelante en su trayectoria, cuando se queda sin dinero para acceder a la cocaína, pero adquiere otra connotación, convirtiéndose en una señal más de fracaso, una droga de pobres con terribles efectos secundarios y poca gratificación a diferencia de la cocaína. La cocaína es la droga culmen de este periodo de experimentación con esta pareja sexual. La cocaína le da estatus y la usa en el contexto de fiestas, está asociada al placer y al éxito económico.

La heroína es la octava droga que prueba y mientras en las anteriores hubo alguien que le enseñó cómo usarla y lo introdujo en su dinámica de uso, la primera experiencia con heroína fue por iniciativa propia. Le llamaba la atención ver a sus amigos bajos sus efectos y ya había visto cómo se preparaba para inyectarse, elementos que permitieron que no requiriera ayuda de terceras personas en esta primera vez. Después de su experiencia con la heroína sólo siguió usando marihuana y pastillas. Al igual que los relatos de los otros narradores, la heroína marca un antes y un después en la trayectoria de uso de drogas de Caro, nunca más volvió a disfrutar las “*drogas para arriba*” (cocaína o la piedra), su búsqueda se centró en el placer solitario que ofrece esta droga. Una vez desarrolló dependencia a la sustancia, la búsqueda se centró en evitar el dolor que genera el síndrome de abstinencia. Caro nunca ha usado cristal en su vida, dice que no se le antoja

¹³⁷ Inhalantes parecidos a lo que hoy conocemos como “poppers”

por los efectos que ha visto entre sus pares, reitera además que después de usar heroína, simplemente no se le antojan las “*drogas pa’ arriba*”, es decir los estimulantes.

Podemos clasificar a Caro como un poli-usuario de drogas. Las usa en combinación, en diferentes momentos del día y en contextos particulares. La marihuana es una droga que lo acompaña durante todo el día, desde que se levanta, al igual que las pastillas, pero la heroína es sólo para momentos especiales. Si bien reconoce que desde el momento en que probó las distintas sustancias continuó usándolas casi diariamente, a lo largo de su biografía hay momentos en donde el consumo se vuelve compulsivo. Por ejemplo, cuando lo abandona su primera esposa y muere su padrino, empieza a usar compulsivamente la piedra, ante la imposibilidad económica de usar cocaína y la depresión que sentía al sentir que su mundo “*se venía abajo*”. Otro giro en sus dinámicas de consumo, es cuando se vuelve dependiente a la heroína (la octava droga en su trayectoria), entonces el placer deja de estar afuera, la práctica del uso de drogas deja de ser social y se convierte en una búsqueda solitaria de placer: “*andaba en mi dimensión, en mi rollo. Yo no quería saber nada*”.

También hay momentos donde disminuye radicalmente su uso, casi siempre cuando está trabajando y quiere “*levantar una feria*”. Disminución posibilitada por el acceso a tratamiento con metadona. Es claro en el discurso de Caro que estar usando compulsivamente drogas no le permite ahorrar lo suficiente y él mismo se autorregula, a partir de los últimos años, con la ayuda de la terapia sustitutiva con metadona.

De otro lado, podemos caracterizar la trayectoria de uso de drogas de Caro, como escalonada y espaciada, pues a medida que avanza en su curso de vida aumenta la diversidad de éstas y la intensidad y frecuencia de su uso, así como el carácter adictivo de las mismas. Sin embargo, la transición entre una y otra toma varios años, lo que reduce su exposición temprana a la jeringa y a las sustancias con mayor capacidad de adicción como la heroína.

Vida en pareja

Otro aspecto interesante de la dinámica de uso de drogas de Caro, es que las relaciones con la mayoría de sus parejas sexuales, están mediadas por el compartir su uso. La primera pareja sexual es “*otra mocoanguita*” como él y su primera relación sexual tiene lugar en ese contexto

*“de vuelo”*¹³⁸. La segunda pareja sexual es D *“la prostituta”*, quien le brinda acceso no sólo a la experimentación con otras drogas, sino a través de quien conoce a uno de sus más importantes padrinos, quien va a hacer posible que su carrera como vendedor de droga escale más allá de las fronteras del barrio. A través de D accede además a información básica sobre salud sexual y reproductiva. La cuarta y quinta pareja también son usuarias de drogas y en su relato el consumo es un elemento importante de estas relaciones, asociado a su rol de proveedor.

Ser proveedor pareciera ser un elemento fundamental en la identidad de Caro desde su infancia. La construcción de un estilo de vida de vendedor de drogas le permite ejercer ese rol. Además de la proveeduría, este estilo de vida se caracteriza por el derroche de dinero en fiestas, trabajadoras sexuales y carros, y la actitud aparentemente despreocupada hacia el dinero, lo que cumple con el estereotipo masculino de éxito social. Este estilo de vida contrasta con la exclusión y soledad que experimenta con respecto a su familia y las humillaciones que siente por ser pobre. Es un estilo de vida que le permite, además de la independencia económica, el manejo de sus tiempos, capitalizar sus relaciones sociales y detentar el poder ante otros usuarios, pues es él quien provee. Difícilmente, dada su baja escolaridad, otro trabajo le permitiría gozar de estos beneficios.

Es quizás esta independencia económica, lo que le permite convertirse en pareja de una mujer no usuaria de drogas y conformar prontamente en su biografía (a los 18 años) una familia, con la llegada de su primera hija. Sin embargo, al mismo tiempo esa identidad de vendedor de drogas donde el exceso de fiesta y mujeres era predominante, es uno de los factores que - según su relato -, genera conflictos en su relación y termina con la ruptura definitiva.

A través de las alusiones de Caro a sus parejas, podemos ver claramente una polarización entre las mujeres buenas – aquellas ajenas a su mundo de ilegalidad y de fiesta – y las “locas” – con quienes comparte el uso de drogas y el mundo de la ilegalidad (prostitución y venta de drogas). A las primeras las conoce en el contexto del barrio, a las otras las conoce en el contexto de la compra-venta-uso de drogas y pueden o no compartir el espacio barrial. Sólo considera parejas a las primeras y sólo reconoce como sus hijos, a los que nacieron de aquellas, los hijos de las *“otras mujeres”* ni siquiera son reconocidos como suyos y los abandona en su temprana infancia, sin que en su relato se pueda evidenciar alguna culpa sobre este abandono. Es la mujer no-usuaria la que

¹³⁸ La expresión “estar en el vuelo”, se refiere a estar bajo los efectos de las drogas, en este caso, del Resistol, que en particular, genera estados alucinatorios.

encarna la esperanza del cambio de vida y es ante la ruptura de estas relaciones que regresa a un patrón intenso de uso de drogas.

Padrinazgo y protección

A medida que transcurre su biografía vemos como su red de amigos y contactos se va diversificando, de modo que entra en relación con personas por fuera del barrio que se convierten en fundamentales para “*estar bien apadrinado*”, esto es, contar con la protección y el apoyo necesarios para escalar en el negocio de venta de drogas (teniendo acceso a las drogas, minimizando el riesgo de ser detenido, así como teniendo acceso a ciertos lugares para venderlas) y para recibir ayuda en momentos críticos (cuando está en prisión y cuando necesita internarse en el Hospital Carlos Nava). *Estar bien apadrinado*, le permite a Caro gozar del estilo de vida deseado, de esa identidad de comerciante exitoso. A la inversa, cuando se queda sin padrinos, su mundo “*se viene abajo*”, “*se derrumba*”.

Sin embargo, también es cierto que el acceso a estos contactos por fuera del barrio fue favorecido por su familia de origen y por los amigos del barrio. Por ejemplo, es gracias al grupo de músicos del barrio que él puede acceder a las discotecas que formaban la zona de tolerancia de la época para vender pastillas y marihuana, escenario a partir del cual empieza a expandir su red de clientes. Gracias a la tía dueña de la casa de citas, accede al mundo del trabajo sexual y los establecimientos nocturnos, que a su vez le van a permitir conocer a otras personas y en esa medida escalar en el negocio de la venta de drogas, empezar a vender cocaína en estos espacios y tener beneficios tanto en las clínicas de tratamiento como en la prisión. Finalmente, él hereda algunos de los contactos de otra tía que vendía heroína cuando él era niño y estos contactos le ayudan a reactivarse económicamente, a través de su relación con un viejo amigo de la familia que coordina una “*maquila de drogas*” en Agua Prieta cuando está atravesando una de sus crisis económicas y de uso compulsivo de piedra. Estos mismos contactos le van a permitir posteriormente en su vida acceder a un mejor espacio en la prisión.

A propósito de los *padrinos*, una diferencia entre Caro y el relato de Vicente (este último nacido a finales de los ochenta), es justamente la ubicación geográfica de estos *padrinos*. Mientras en el caso de Caro sus padrinos estaban radicados en Hermosillo, lo que facilitaba tener un contacto directo y continuo con ellos, veremos más adelante que en el caso de Vicente los padrinos no

necesariamente viven en la ciudad, lo que implica retos adicionales para contar con su respaldo efectivo y una relación dada por intermediarios.

También es especialmente relevante la larga duración de la relación de padrinzgo que establece Caro con su primer padrino – que dura hasta la muerte de éste -, así como la posición que ocupa –de acuerdo al relato de Caro - en la estructura del Estado (jefe administrativo de la Policía Judicial del Estado), elementos que le garantizaron la escalada en su carrera de comerciante de drogas en Hermosillo y mantenerse fuera de prisión. Aquí vemos claramente lo que autores como Astorga (1999), Enciso (2010), Lupsha (1991), Knight (2012), Serrano (2007), Ríos Contreras (2012) y Valdés (2013), entre otros, describen como la primera etapa del narcotráfico en México, caracterizada por el papel central que jugaron algunas autoridades locales en la protección de traficantes locales y promoción del tráfico, a cambio de dinero y obediencia y donde el uso de la violencia no era predominante. Caro nunca describe un altercado con este padrino ni haber experimentado episodios de violencia antes de 2005.

Se puede pensar que la relación de más larga duración con *el padrino*, aunado a la mayor independencia con la que éste le permite trabajar, son elementos que operan como protectores de la caída en prisión para Caro, pues a pesar de que inició la venta de drogas a los trece años, sólo pisó la prisión por primera vez a los treinta, por robo, no por tráfico, en el contexto de andar *fondeando*, cuando estaba sin apoyo de *padrinos*, dependiente de la heroína y sin dinero para financiar su dependencia. Aunque cayó en prisión tres veces después de esta primera vez, en todas esas ocasiones su condena no fue mayor a un año y el delito fue siempre robo simple sin violencia.

El *padrino* también es una alternativa a los centros de rehabilitación, pues al parecer, mientras hay *padrino* hay recursos. Caro sólo se interna en un centro hasta los 33 años, debido a su dependencia de la heroína, a que su *padrino* cayó a la cárcel y a que se quedó sin medios para financiar su adicción. Este ingreso es bastante tardío si se compara con los ingresos de las generaciones posteriores y corresponde al momento de emergencia de los centros de rehabilitación en Hermosillo, pues recordemos que es sólo hasta mediados de los noventa que se incrementa esta oferta de tratamiento a través de centros de ayuda mutua. Antes de ello, la única opción disponible es el Hospital Carlos Nava, donde – recordemos – se atienden principalmente casos de alcoholismo.

La entrada tardía tanto en prisión como en los centros de rehabilitación le permite a Caro, por un lado, no escalar en una trayectoria criminal que implique mayor exposición al riesgo de

muerte y por otro, le permite mantener una construcción de su identidad donde predomina la dignidad y el incentivo por controlar su uso de drogas. Por ejemplo, aunque se inyecta heroína y le gusta, es capaz de controlar ese “gusto” para acumular dinero. El tratamiento con metadona le otorga mucho más control sobre su adicción, de modo que puede inyectarse ocasionalmente y tener cantidades para su venta, sin usarla compulsivamente como sucedía en otros momentos de su historia. Así mismo, le permite mayor contacto con otras personas no usuarias, diversificando sus relaciones sociales.

La personificación del héroe

En términos generales, a lo largo del relato de Caro veo encarnado el espíritu del héroe, alguien quien está en constante lucha por su superación personal y que siempre encuentra la forma de sobreponerse a las dificultades, aún en las peores condiciones. Sólo en pocos momentos de su relato biográfico lo percibí derrotado y en todas esas situaciones narradas, lo que se puso en juego fue su libertad y su identidad como proveedor, aquello que le da valía a su identidad masculina.

En el primer momento, cuando se va a vivir con su pareja que es trabajadora sexual, le genera coraje y vergüenza el que los vecinos piensen que ella lo sostiene económicamente a través del trabajo sexual. Posteriormente, estando fondeando se enfrenta a la vergüenza de robar para obtener su dosis. Cuando está en prisión tiene que someterse a las terribles condiciones de vida que él mismo relata: los malos olores, las malas comidas, el hacinamiento, la violencia, la falta de baños, las jeringas compartidas. Estando en prisión mataron a su hermano y murió su abuela, situaciones que aumentaron su vulnerabilidad emocional¹³⁹. Experimentó la soledad, pues sólo su madre lo visitaba. La salida de prisión fue un momento de su vida en el que se encontró perdido. En su relato describe cómo el día que le fue dada la libertad, no reconoció los límites del barrio cuando llegó en autobús y se sintió perdido, lo cual resulta bastante metafórico, pues el barrio y la ciudad habían cambiado, él mismo había cambiado y debía volver a ubicarse en ese espacio, volver a construirse un lugar. Finalmente, en 2010 tras ser detenido, torturado y enviado a prisión, se enfrentó a la vulnerabilidad de agentes violentos que podían arrebatarse la vida. Nunca antes en su relato Caro menciona este temor, y ante ello, decide “irse por la legal”, pero encuentra un contexto poco favorable: no tiene identificación (pues tiene que ir a firmar al CERESO y su IFE está

¹³⁹ Conviene mencionar aquí que este es el único episodio en todo su relato en donde se le quiebra la voz y su mirada de ve realmente triste.

retenido hasta que termine el proceso), tiene antecedentes penales, es una persona mayor de cuarenta años. Todos estos elementos lo regresan a su experiencia de exclusión, a la vergüenza de depender de su madre para el más mínimo gasto, a la frustración de no poder mantener a su familia y entonces, finalmente decide regresar a la venta de drogas como única alternativa de sobrevivencia digna.

Son momentos de su biografía donde su identidad como vendedor exitoso, como triunfador, se derrumba. En el primer momento, la alternativa fue cambiar de ciudad con el apoyo de su familia, en el segundo internarse, también con el apoyo de su familia. En el tercer momento, el capital social de su familia le permite acceder a un mejor espacio en prisión en donde construye nuevas redes de camaradería que le van a permitir sobrevivir en la hostil prisión. En el último momento, su madre lo apoya económicamente mientras él busca empleo, motivado por su nueva relación sentimental, pero al final, son sus propias redes con el mundo de la ilegalidad las que le permiten reconectarse con la venta de drogas.

Durante este último episodio de 2010, cuando la policía lo levanta y lo lleva a los sicarios es un momento donde experimenta también mucha vulnerabilidad, se enfrenta a la inminencia de la muerte, sin embargo, años después cuando relata ese episodio, se narra a sí mismo ya no desde esa vulnerabilidad, sino desde un lugar de poder *“ahora tengo una pistolita, no voy a permitir que me vuelvan a...”* Es nuevamente desde su dignidad personal que enfrenta ese episodio y el héroe reaparece, esta vez engrandecido y dispuesto a morir.

El riesgo

Aparece también tardíamente la noción de riesgo en Caro. En el relato, el riesgo primero tiene que ver con la dependencia a las sustancias, que le hace perder la voluntad y en un segundo momento, el riesgo es derivado de la violencia asociada a las nuevas dinámicas de compra-venta de droga. En ningún momento en su relato, aparece el riesgo al VIH, al parecer es algo lejano para él, no incorporado en su cotidianidad.

En cuanto al riesgo derivado de la dependencia a las sustancias, lo que se compromete es la voluntad y la dignidad. Y este tipo de riesgo aparece en dos momentos en su relato, primero asociado al uso compulsivo de piedra, a finales de los ochenta, al respecto narra: *“yo andaba muy mal en esa época, no me importaba nada, fue bien denigrante, pues llegué al grado que ella [su pareja] se iba a prostituir y yo me quedaba ahí cuidando al niño con mi loquera y todo, bien*

denigrante, llegas a un grado que te bloquea la droga, pierdes la dignidad (...) ya después me cayó el veinte de lo mal que andaba y fue cuando decidí irme de Hermosillo, era la única manera en que me podía levantar". En otro momento de la entrevista, declaró, *"Es cuando ya sientes que dependes de ella [de la heroína], es una cosa bien culera. La traes en la mente a todas horas, todo el tiempo. Muchas cosas que te hace pasar ya la dependencia de esa madre"*. En estas declaraciones, lo que se puede leer es que los riesgos se derivan de lo que la dependencia lo lleva a hacer o a permitir, en el primer momento, dejar que su pareja se prostituyera para mantenerlos y en el segundo momento, robar a su mamá y a su abuela y exponerse hasta el punto de caer en prisión. En ambos momentos, la lucha por el ascenso social, por la distinción, que es la lucha de su vida se desvanece, pareciera ser más fuerte la necesidad de escapar del dolor físico y/o emocional, escape que le permite la adicción a la piedra y la heroína.

El segundo riesgo es la muerte, el cual aparece muy posteriormente en su vida (a los 45 años). Es muy interesante que con una trayectoria tan larga como vendedor de drogas y habiendo participando en diferentes actividades asociadas a la venta de droga, sólo hasta el 2010, percibe un riesgo por realizar esta actividad, riesgo que tiene que ver con la llegada del control del barrio por parte del crimen organizado. Veremos como en los relatos de las generaciones siguientes, el riesgo de muerte se presenta en los narradores mucho más tempranamente y es mucho más inminente, la violencia llega para quedarse y se instaura como estrategia de socialización primero y de construcción de las identidades después.

5.7.2.2 *Nacidos entre 1979-1984. Historias de Barrios, Territorios y Pandillas*

Crisis y Familia

Aurelio nació en Hermosillo, es el menor de tres hermanos, de los cuales él es el único varón. Su padre era albañil y entrenador de boxeo. Su madre, operaria de una fábrica. Quizá su posición en la familia como varón único y al mismo tiempo como hijo menor, fue uno de los factores que llevaron a que experimentara violencia por parte de su padre, quizá en un esfuerzo de éste por transmitirle a su hijo los valores asociados a la masculinidad hegemónica: ser fuerte, saber pelear. Son estos patrones violentos a los que se enfrentará Aurelio en el transcurso de su vida.

Recordemos que, en este periodo, el aumento de la inflación y la crisis fiscal del Estado conllevó a una disminución de la inversión estatal en bienestar y, por tanto, a un aumento en la

desigualdad. En el relato de Aurelio, la crisis económica golpea a su familia y se torna en detonante de conflictos familiares. Su padre albañil se convierte en desempleado, lo que agudiza su proceso de alcoholización y abandona el hogar, convirtiendo a la madre en proveedora única.

A diferencia de la madre de Caro, la madre de Aurelio encuentra trabajo como obrera en una fábrica, lo que habla de mayores niveles de cualificación en comparación con las madres de la generación anterior, además de una mayor aceptación social del trabajo extra doméstico de las mujeres. Es posible también que el menor número de hijos de la madre de Aurelio haya sido uno de los factores que facilitara su salida del hogar.

En el relato de Aurelio no está presente la presión por parte de sus padres para que él aporte a la economía del hogar. La única presión es para que continúe en la escuela, de la cual sin embargo deserta tempranamente. Primero a los ocho años, cuando es expulsado de su casa por su padre y se va a vivir a la calle, y luego a los doce años, cuando le piden que regrese y ya no se acostumbra a la vivencia familiar de límites y golpes. A diferencia de Caro, Aurelio no cuenta con otros familiares que lo apoyen y su familia nuclear, con padre alcohólico y madre estricta, no logra brindarle el afecto, la estructura y la contención que necesita, quien lo acoge es la calle.

Una nueva familia: La pandilla

En la soledad de la calle, los pares que aparecen como referentes de identidad para Aurelio, son aquellos jóvenes que pertenecen a las pandillas, quienes confrontan el orden establecido. Ser pandillero es *“un símbolo de rebeldía, algo chilo, algo moderno, un tipo de vida”*. *“Se casa”* entonces con la pandilla y *“su vida deja de pertenecerle”*, sacrifica su sí-mismo, por ese afán de pertenencia, de protección, de reconocimiento que no encuentra en su hogar.

Así, tras ser expulsado a la calle por su padre y ser objeto de burlas en la escuela por ser *“gordito y chaparrito”*, la pandilla se convierte en su nueva familia, estructurada con normas, misiones, códigos y rangos que ordenan su mundo, donde además disfruta de la camaradería y protección de otros significativos. La pandilla es un espacio de construcción de un sí mismo valorizado. Gracias a ella, ese *“gordito chaparrito”* del que todos se burlaban, se convirtió en hombre respetado, valiente y audaz. Vemos entonces un cambio generacional en las estrategias para construir un lugar revalorizado de sí mismo, en el caso de Caro era la búsqueda de ascenso personal, en el de Aurelio fue la pertenencia a la pandilla.

A través de la pandilla, el barrio se convierte en un territorio a conquistar y defender, en un escenario constitutivo de su identidad. La disputa territorial se convierte en una de las principales estrategias para lograr ser vistos y respetados, y con ello, ganarse un lugar en el mundo. Los cuerpos encarnan los estereotipos y prácticas de un ser “*rebelde*” y la adscripción a una pandilla, instituye esa rebeldía y garantiza ese respeto con los pares y los adultos.

Son tantos los beneficios que ofrece la pandilla, que en su nombre vale la pena asumir todos los riesgos que su pertenencia implicaba. El principal riesgo era la muerte. A diferencia de Caro, Aurelio experimentó el riesgo de morir mucho más prontamente (alrededor de los 13 años), al respecto relata: “*En Hermosillo antes era difícil sobrevivir, un día era una travesía, era difícil*” y es un riesgo que lo va a acompañar en adelante y hasta el momento de la entrevista. Lo que está en juego en esta generación no es sólo la sobrevivencia económica, sino la conservación de la vida. Muchos de sus pares pandilleros murieron. A partir de esta generación, el fenómeno de la muerte joven se vuelve algo cotidiano en el barrio y una expectativa real en la experiencia de vida de los jóvenes, lo que necesariamente tendrá impactos en sus biografías sexuales, reproductivas, laborales y de uso de drogas.

La vida loca: Pandilla y Drogas

Las drogas facilitan tanto la camaradería como el no tener temor. Por ello es tan difícil separar la trayectoria de uso de drogas de Aurelio, de su trayectoria delictiva. Por ejemplo, la experimentación con la primera droga coincide con su ingreso a la pandilla. Antes de ello, si bien tuvo la oportunidad de iniciarse con el Resistol cuando vivía en las alcantarillas, el estigma que ya desde entonces tenía hacia los usuarios de drogas fue más fuerte y operó como una barrera para iniciar su trayectoria de uso de drogas. Él mismo dice que desde antes de irse de su casa (a los 8 años) ya sabía que existían “*adictos, marihuanos, mocochoyos*” y que no quería ser como ellos, pues le parecía que eran “*pendejos, gente sin voluntad, lo más bajo de la sociedad*”. En el caso de Caro, este discurso moralizante no está presente durante su infancia ni juventud.

En la pandilla, Aurelio encuentra razones para transgredir el estigma hacia las drogas. El estigma se convierte en un símbolo de rebeldía. La pandilla condensa un estilo de vida, “el cholismo”, donde el uso de pastillas es uno de los comportamientos que se esperan de sus miembros y por ello, es con esta droga que Aurelio inicia su trayectoria con Rohypnol primero, luego Clonazepam y finalmente Rivotril. Al igual que en el caso de Caro, las pastillas le permiten

a Aurelio “*ser otro*”, “*estar a gusto*”, lo ponían “*bien pa’ arriba*”, le daban “*valor, una valentía muy especial, como que nadie me podía hacer nada*”. El “*gordito chaparrito*” desaparece con cada Rohypnol que ingiere. Quizá por ello, no toma una ni dos, sino muchas, “*todas las que pueda*”, en una especie de búsqueda por ser invencible, por apaciguar su miedo. Las pastillas le permiten además “*imponer el terror*” en compañía de sus pares a través de los robos, pasa de ser el asustado, el vulnerable, a ser quien asusta.

La segunda droga en la biografía de Aurelio fue el Resistol, que le permite gozar de la camaradería del grupo. Esta secuencia tiene sentido, pues primero requiere demostrar que tiene los atributos necesarios para pertenecer a la pandilla, el Rohypnol favorece esto. Sólo perteneciendo, puede compartir esa camaradería a través del uso del Resistol y posteriormente la marihuana, que son drogas para “*el alucín colectivo y el relax*”. El grupo de referencia brinda protección, pero —a diferencia del grupo de pares de Caro—, Aurelio tuvo que ganarse primero su pertenencia para poder gozar de esa protección.

La pandilla, en combinación con las pastillas psicotrópicas, favorece la participación de sus miembros en actividades delictivas. Esa participación, a su vez, les permite acceder a consumos que de otra manera quedarían por fuera de su alcance, logrando con ello subvertir las dinámicas de exclusión que impone el ser pobre. Exclusión que se agudiza en el caso de Aurelio, al no contar con apoyo económico de su familia.

No debemos olvidar que, en la década del noventa Hermosillo, en particular, y México en general, viven una de sus más fuertes crisis económicas y las aspiraciones de ascenso social y de vinculación laboral se empiezan a derrumbar, especialmente para los jóvenes de sectores populares. En este contexto, las violencias que protagonizan estos jóvenes no pueden ser entendidas por fuera de su frustración de no poder pertenecer a una sociedad que los excluye y los marginaliza. Empieza a ser evidente para estos jóvenes que el trabajo “*por la derecha*” no les garantiza mejores condiciones de vida. La pandilla no sólo se constituye así en una familia alternativa y en una estrategia para acceder a bienes de consumo. Sus prácticas se convierten en “*estrategias de liberación y resistencia en la búsqueda de una vida más digna*” (Reguillo, 1991:52)

En esa búsqueda de alternativas de subsistencia, a los 15 años Aurelio empezó a vender cocaína y con ello vino su uso, convirtiéndose en la cuarta droga en su trayectoria. La cocaína permite a Aurelio *alivianarse*, es decir, estar despierto, pues las pastillas lo “*atontan*”, pierde la consciencia. Bajo los efectos de las pastillas puede asaltar y robar, pero no realizar actividades que

requieren mayores estados de alerta. La cocaína además lo inviste de la sensación de que puede “*hacer cosas, todo se [le] hacía fácil*”.

En este contexto, la venta de drogas empieza a acompañarse de la tenencia de armas, sólo que, mientras a principios de los noventa las armas son pocas y son propiedad de la pandilla, a finales de los noventa, según el relato de Aurelio, es mucho más fácil acceder a ellas y por lo tanto más miembros tienen sus propias pistolas.

Si bien Caro también fue durante su juventud usuario de pastillas y cocaína, en él estas drogas no desencadenaron ese deseo de robar que narra tan contundentemente Aurelio, ni la necesidad de estar armado. El factor clave en esa diferencia, es el contexto de uso de las drogas, con quien se usan y la dosis en que se usan. Caro usaba las pastillas solo, cuando iba a vender sus sustancias, actividad que también hacía en solitario y usaba cocaína con su padrino y sus pares, en el contexto de fiestas. Aurelio usaba tanto las pastillas como la cocaína en el contexto de la socialización al interior de la pandilla, que estaba ligada a la realización de actividades ilegales y además las usaba intensivamente, lo que provocaba su pérdida de consciencia, el olvido de todo lo que ocurrido mientras estaba bajo el efecto de ellas.

A los 18 años, cuando está iniciando su vida familiar en Nogales, Aurelio empieza a realizar trabajos ilegales ocasionales con viejos conocidos del barrio. En ese contexto, conoce el cristal, la quinta droga de su trayectoria. En este punto es importante marcar que por primera vez una droga –en este caso el cristal-, hace parte de la paga que le dan a cambio de su participación delictuosa.

El cristal era una droga nueva. Aurelio no había escuchado de ella, nunca la había visto y no sabía cómo usarla, ni cuáles eran sus efectos. El acceso a ella fue favorecido por su viaje a Nogales y su *patrón*, quien le enseña cómo usarlo correctamente. Pese a que no le gustaban algunos de sus efectos –le quitaba el hambre y el sueño–, le gustaba la sensación de ímpetu y valentía que le otorgaba, podríamos decir que de manera similar a lo que generaba la coca, lo que terminó por motivar su consumo. Podemos interpretar que, ante la ausencia del dinero suficiente para usar cocaína, la piedra en la generación de Caro y el cristal en la generación de Aurelio funcionaron como reemplazo de la cocaína entre los usuarios pobres.

Empero, el efecto adictivo del cristal hizo que Aurelio transitara prontamente a un patrón de uso compulsivo, que lo llevó a abandonar su trabajo de albañil con su suegro, a abandonar a su

esposa, y dedicarse nuevamente de manera exclusiva a actividades ilegales. Con ello, volvió a caer en el ciclo del encierro, su vida volvió a girar entre centros de rehabilitación y la cárcel.

A los 21 años, estando en prisión en Hermosillo, conoce nuevos contactos que le permiten empezar a comercializar heroína en el barrio. Para ese momento vendía pastillas, cristal y heroína y era usuario compulsivo de cristal, pastillas y marihuana. Encuentra en la heroína una alternativa para cortar con el uso del cristal, convirtiéndose en la quinta droga de su trayectoria. La heroína le permite descansar de la agitación del cristal y de la compulsión de robar que acompaña el uso combinado de cristal y pastillas. Cuando tiene su primera experiencia con la heroína inyectada piensa *“bendita shiva dónde estabas que no te había probado”, la neta era lo mío dije (...) quería algo para abajo y ya no había*”.

Aurelio sabía de la heroína principalmente por las experiencias que se comparten en tribuna en los centros de rehabilitación y desde niño había visto inyectores cerca a su casa. En los centros, estuvo expuesto al discurso moralizante y culpabilizante de la adicción, y simultáneamente, fue expuesto a los discursos que otros usuarios -que en su momento él admiraba por su apariencia de cholos y por ser más experimentados con las drogas-, circulaban con respecto a las drogas que él no había probado. Fue esa admiración, junto con sus discursos sobre los efectos de la heroína, lo que *“sembró el gusanito”* del deseo por probarla desde los 14 años, aunque no la probó hasta los 22, en una situación de desesperación frente a los efectos del cristal. Al igual que su resistencia inicial al uso de Resistol, al parecer su resistencia al uso de heroína está asociada al estigma que él mismo tenía frente a los *“tecatos”*, que le parecían personas deplorables, sin voluntad ni dignidad, sin embargo, la desesperación generada por el consumo intenso de cristal, fue más fuerte que el estigma y su temor a las agujas y entonces, inicia una nueva etapa como inyector.

Debido a su temor a las agujas, Aurelio no sabía inyectarse, ni preparar la sustancia, lo que lo hizo dependiente de inyectores con mayor experiencia. Sin embargo, el hecho de ser distribuidor de drogas equilibraba las relaciones de poder entre ellos, y por tanto podía decidir las condiciones en las que el experto lo inyectaba. Esto no es el caso de la mayoría de inyectores novatos, quienes se someten a la voluntad de los expertos y, por tanto, deben inyectarse después de los expertos, lo que aumenta su riesgo de infectarse VIH y VHC.

Imponer el terror: La ruptura de los lazos intergeneracionales en el barrio

Las muertes tempranas, junto con la estrategia de *“imponer el terror”*, empezaron a transformar las relaciones intergeneracionales en el barrio. Las guerras entre pandillas, la mayor visibilización del uso de drogas en las esquinas y la aparición de armas de fuego, junto con la mayor incidencia de robos, empezó a aterrorizar a los adultos, quienes empezaron a dejar de operar como agentes de regulación de las relaciones intergeneracionales y en su lugar, la convivencia se empezó a ver dominada por el temor y el silencio. Tomó lugar la lógica de callar, aislarse, recluirse en su casa, y cambiar de barrio si era posible.

Ante la imposibilidad de los adultos de poner límites a los jóvenes, entró más la policía a regular los conflictos con los jóvenes. La policía era un actor ambiguo, que por un lado participaba en el mercado negro de venta de armas y por el otro, castigaba a los jóvenes que eran acusados de robo, echándoles Resistol en sus cabezas, de modo que quedaran rapados y fueran fácilmente reconocibles por fuera del barrio como ladrones, generando un proceso de estigmatización hacia estos jóvenes de origen popular-urbano.

La falta de eficacia simbólica de la ley impartida por esta policía se deja ver en que, paradójicamente, la búsqueda aleccionadora detrás del castigo de *“dejar pelones”* a los jóvenes, terminará reivindicando el estatus de la pertenencia a la pandilla, convirtiéndose una marca de identidad y estatus.

Ante la falla de mecanismos de control hacia los comportamientos de los jóvenes, el encierro se convirtió en la única alternativa: el ingreso compulsivo a un centro de rehabilitación pagado por los familiares, por un lado, y el ingreso a las granjas, el intermedio, y posteriormente a la cárcel, por el otro.

La vida en reclusión

A diferencia de Caro, Aurelio relata que la mayor parte de su vida transcurre en reclusión. Es internado en un centro de rehabilitación de manera involuntaria por primera vez a los 14 años e ingresa al intermedio por primera vez a los 17 años, acusado de homicidio, denotando con esto último la mayor exposición de esta generación de jóvenes a situaciones de violencia donde ellos son agentes activos y potenciales víctimas.

“De morro, caía constantemente en el internado porque se calentaba mucho, por lo mismo que era bien morro y todo me valía verga”.

Caro también empezó a vender cocaína alrededor de los 15 años, sin embargo, cayó a prisión por drogas hasta mucho después (30 años), era otra su apariencia y otros los mecanismos para acceder al producto y para distribuirlo, los cuales lo protegían. Aurelio, a los 15 años, tenía tatuado el nombre de su pandilla en el brazo y portaba la estética del pandillero, a la cual se asocia el estereotipo de peligroso y ladrón. Pero además no trabajaba solo, sino dentro de un grupo con jerarquías, donde los menores de edad estaban a prueba, mecanismo que funcionaba para la protección del mismo grupo y de sus miembros más valiosos. Estos elementos expusieron a Aurelio, en mayor medida que Caro, a la experiencia más temprana de prisión.

Las caídas recurrentes al internado primero y a la prisión después, fortalecían la cohesión interna de la pandilla y la identidad de sus miembros, pues era una experiencia compartida y un símbolo de lealtad. Sin embargo, con ello también se aumentaba el aislamiento frente a otras personas en el barrio y otros espacios de socialización, restringiendo aún más su ya de por sí escaso capital social.

La sobrevivencia: Alternando entre “los jales y la derecha”

La única manera que encuentra Aurelio para ingresar en mercados laborales legales es, paradójicamente, falsificando los papeles -en un primer momento por su minoría de edad, después por su amplia trayectoria criminal-. Además de ello, se hace necesario transformar su apariencia personal para ocultar su historia y su identidad – esconder sus tatuajes, vestirse “normal”- y en esa medida no ser discriminado. Sin embargo, siempre que ha intentado trabajar “*por la derecha*”, pronto se ha dado cuenta que los sueldos de estos trabajos no alcanzan, que el esfuerzo es mucho y la paga poca y entonces, empieza a alternar su trabajo legal con actividades ilegales de fin de semana y prontamente se ve involucrado de lleno en la ilegalidad y el uso intenso de drogas, lo que le impide continuar con sus trabajos legales.

Una alternativa a la ilegalidad es la informalidad: Trabajar como albañil, vender dulces en los buses de servicio público. Pero si los trabajos legales le dejan poco, la informalidad le deja mucho menos, por lo que siempre recurre a la ilegalidad para “completarse”.

A principios del año 2000, se reclutaba en los barrios a jóvenes para trabajar en sembradíos de marihuana en las sierras de Chihuahua y Sonora. Aurelio decide irse, no sólo por las inmejorables condiciones laborales – ofrecen una paga de \$1,000 el día – sino, porque necesita huir de Hermosillo, pues era buscado por la policía. Deserta a los pocos meses, pues además de

las difíciles condiciones de vida – duerme en la intemperie, no puede salir, se encuentra vigilado todo el tiempo - se enfrenta al síndrome de abstinencia por su reciente dependencia a la heroína, de modo que se encuentra en medio de la nada, sin heroína y con sus jeringas tapadas, al utilizarlas para inyectarse cocaína en un intento por calmar *la malilla*. Irse a la Sierra implicó para Aurelio, entrar en contacto con otras redes de delincuentes y fugitivos que profundizaron su experiencia de marginalidad.

Al regresar a Hermosillo, vuelve a comercializar drogas en su barrio y reinicia el ciclo de venta, destierro y encierro. En 2010, cuando se encontraba de nuevo vendiendo drogas, lo levantan nuevos actores del crimen organizado que intentan controlar el mercado local de drogas de Hermosillo. A raíz de este encuentro, decide no volver a comercializar heroína, y vivir de vender dulces en los buses de servicio público y pedir dinero, lo que, en sus palabras, no le permite ganar mucho, pero sí seguir con vida. Esta escalada de la violencia en el barrio, tendrá repercusiones aún más importantes en la vida de los narradores más jóvenes, en la medida en que hace parte de sus vidas más tempranamente.

A lo largo de su biografía, la alternancia de actividades legales con ilegales – junto con el apoyo de su madre-, le ha garantizado a Aurelio permanecer arriba del nivel de subsistencia en varios momentos de su biografía y responder no sólo por sus necesidades individuales, sino también hacerse cargo de sus parejas y sus hijos e incluso, financiar el uso intenso de drogas por parte de ellas. Subrayando, al que igual que en el caso de Caro, la importancia que tiene para su identidad el cumplir con el rol de proveedor.

Pareja y formación de la familia

La llegada del primer hijo marca el fin de la vida loca al interior de la pandilla para Aurelio. Aunque ello no implicó el fin de sus actividades delictivas, las cuales continuarán hasta la actualidad, sin embargo, estas estarán enmarcadas en la búsqueda por la sobrevivencia y menos en la construcción de identidad dentro de un grupo de referencia.

Embaraza pues no a su compañera pandillera con quien se había iniciado sexualmente, sino a su novia “*que no loqueaba*”, quien vive una maternidad temprana (a los 16 años) y con quien migra a Nogales en búsqueda – por segunda de vez - de un cambio de vida, lejos de las drogas y las pandillas.

Al igual que en el caso de Caro, en el relato de Aurelio está presente la diferenciación entre las chicas sexualmente disponibles -que en este caso pertenecen a la pandilla-, pero quienes no son consideradas novias, y aquellas que no hacen parte de sus dinámicas de uso de drogas y actividades ilegales, que si son novias y que a diferencia de las primeras, motivan el deseo de superación, de dejar las drogas, de ser distinto y tomar distancia del mundo de la pandilla, operando como una suerte de tabla de salvación en el contexto violento de la sobrevivencia masculina barrial.

Al analizar la historia sexual de Aurelio, resalta el hecho de que su primera esposa es la única mujer no-usuaria con la que formaliza una relación. A partir de ella, todas sus parejas -que como él mismo aclara, son muy pocas-, harán parte de sus redes de uso de drogas e ilegalidad. Esto se puede leer de varias maneras. Primero como producto de una transformación del rol de la mujer en el barrio, pues al parecer cada vez participan más de los espacios de socialización de los narradores en los que se comparte el uso de drogas, por lo que a medida que se avanza en el curso de vida, pareciera que es más difícil encontrar una pareja no-usuaria.

En segundo lugar, es posible que esta mayor dificultad para encontrar parejas no-usuarias se explique por el mayor aislamiento social de Aurelio dentro del barrio. Su historia de pertenencia a la pandilla, su apariencia tatuada y su trayectoria de ilegalidad y de uso de drogas, junto con su trayectoria de encierro, le impide socializar con personas distintas a aquellas de su red de uso de drogas e ilegalidad, operando así una separación radical entre los jóvenes “buenos y los malos”, con lo que se empiezan a erosionar los vínculos en el barrio. Así, los procesos de mayor discriminación y exclusión que van experimentando los usuarios a partir de finales de los ochenta, con el advenimiento de la figura del adicto como sujeto peligroso, asociados a la violencia y la criminalidad, los hace poco elegibles en el mercado matrimonial de las mujeres no-usuarias del barrio, sobre todo si no lograron acumular y/o conservar dinero y prestigio, pues tienen menos capital de intercambio y con ello menos acceso a las “*buenas muchachas*”.

El mismo Aurelio reconoce que su biografía de drogas y delincuencia le dificulta acceder a una pareja “*normal*” y entonces “*me conformo con que sea alguien como yo, que haya vivido lo mismo que yo*”. Los largos periodos en los que no ha estado en pareja, es porque no se considera merecedor de una, no tiene nada que ofrecerles cuando está enganchado en dinámicas de consumo intenso, entonces él mismo se descarta como candidato en el mercado matrimonial local, internalizando el estigma asociado a su biografía.

Ser recio. Una Trayectoria acelerada de uso de drogas

De acuerdo con las drogas que usa al momento de la entrevista, Aurelio, al igual que Caro, es un poli-usuario de drogas, pero a diferencia de aquél, tiene un patrón de uso más intenso, como él mismo dice, le gusta “*irse recio*”. Este “*irse recio*” ha implicado una trayectoria escalonada, pero con un inicio menos “ingenuo” que el de Caro, en tanto inicia con pastillas que tienen mayor capacidad para generar dependencia. A diferencia de Caro, la trayectoria de Aurelio es mucho más acelerada, de modo que más rápidamente transita al uso inyectado de heroína y con ello, a una profundización de su dependencia.

Es posible que esta trayectoria más acelerada y esa relación más intensa con las drogas se asocien al contexto de vida de encierro en que transcurre la mayor parte de su vida, entre la cárcel (desde los 17 años) y los centros de rehabilitación (desde los 14 años). También es posible pensar que el riesgo inminente de la muerte conlleve a un uso más intenso de drogas, en un deseo por evadir ese temor y vivir intensamente mientras se tiene oportunidad. “*Irse recio*” puede interpretarse también como una prueba de valentía, de masculinidad, un deseo de borrar esa imagen del “*gordito chaparrito*” temeroso que era de niño y del que todos se burlaban. Nadie se burla del que “se va recio”, algunos le temen, otros lo respetan. Es quizá también una manera de castigar a sus padres por el maltrato que le infringían cuando era niño, como si fuera una forma de decirles que ya no pueden lastimarlo, que ahora es él quien causa el daño.

Ahora bien, la reclusión reiterada genera además un círculo de aislamiento donde sólo se interactúa con otros jóvenes pandilleros con problemas de drogas similares o peores a los propios, lo que en el caso de Aurelio, se convierte en un factor para escalar en sus trayectorias de uso de drogas por la exposición a discursos sobre éstas y a su disponibilidad, al tiempo que le brinda los contactos necesarios para continuar su trayectoria de ilegalidad, completando un círculo de “*drogas, jales y loqueras*”, del cual es difícil escapar, reduciendo sus posibilidades de inserción en mercados laborales legales.

La construcción de los riesgos a lo largo del curso de vida

El primer riesgo al que se enfrenta Aurelio en su biografía es la muerte por la violencia agenciada por las pandillas y posteriormente por agentes del crimen organizado. Cuando pertenecía a la pandilla, la estrategia frente a este riesgo era asumir el rol de “bravucón”, usar

muchas drogas para olvidar esos episodios que lo exponían al riesgo de morir. En la actualidad, la estrategia es evitar situaciones de enfrentamiento en las que resulte en riesgo.

En un segundo momento, en el contexto de la cárcel, Aurelio construye su percepción de riesgo frente al VIH/SIDA, pues allí conoce a personas que viven con el virus y observa la discriminación y el estigma del que son objeto “*me tocó mirar como es el final tan triste*”-relata-. Ello lo llevó a construir una aversión radical al uso compartido de jeringas, de modo que es el único de los narradores que menciona preferir cargar sus jeringas, aun cuando ello implique ser objeto de mayor acoso y abuso policial.

Esas experiencias de Aurelio con las personas que vivían con VIH/SIDA en el contexto de prisión, favorecieron que desde el inicio de su trayectoria de inyección se preocupara por tener jeringas estériles y por no compartirlas. No quería tener ese mismo final denigrante que había visto repetidamente entre los inyectores en prisión y que lo había marcado. La muerte de sus pares por SIDA es otro elemento repetitivo en su relato, que no aparece en el relato de Caro.

Su experiencia con la heroína inyectada suscitó la aparición de un nuevo riesgo: El de morir por una sobredosis. Relata que al principio no usaba heroína todos los días, sólo experimentaba el deseo de hacerlo cuando estaba bajo los efectos de las pastillas, pero sabía, por experiencia de otros inyectores, que la combinación de las sustancias podía generar una sobredosis. Frente a ello, su estrategia de reducción de riesgos fue inyectarse en compañía de otros, nunca solo.

Observo pues como a lo largo de su curso de vida, Aurelio quiere vivir y por ello agencia estrategias que le garanticen su sobrevivencia, aún en la precariedad.

Emociones y Futuro. El sin-fortuna y su batalla con la esperanza. Entre la Culpa y la regulación:

En términos generales, el sentimiento que prevalece en el relato de Aurelio es la culpa y el arrepentimiento. La culpa por haber promovido el inicio de uso de heroína entre jóvenes menores que él en su barrio, cuando él se desempeñaba como distribuidor, culpa por haber iniciado a su pareja actual en el uso de heroína y que lo lleva a financiar la dependencia de ella. Culpa por el sufrimiento causado a su madre, quien se mantiene “*bien ondeada con él*”, aunque molesta –es una mujer con cerca de 60 años que sigue trabajando en la maquila por un mínimo, está enferma y sigue viviendo en la pobreza¹⁴⁰ -.

¹⁴⁰ Una semana antes de terminar mi trabajo de campo, la mamá de Aurelio murió de un infarto fulminante.

Arrepentimiento por el tiempo perdido, por haber estado “*sedado*” por la heroína y la metadona; y ligado a ello, aparece también el sentimiento de frustración, al enfrentarse a limitadas alternativas de futuro, advierte que el no haber estudiado limita su posibilidad de acceder a un trabajo bien pagado, es consciente que su apariencia tatuada limita aún más esta búsqueda de empleos legales y se reconoce objeto del acoso policial cotidiano tanto por su apariencia como por su historia. Ante ello, la única alternativa de futuro que vislumbra es construir una vida lejos de Hermosillo, volver a empezar en otro lugar donde no tenga historia, pero reconoce también que su principal lucha es consigo mismo, con su impulso de consumir sin límites, como él mismo dice “*soy loco... Es una lucha, y no es porque quiera, es algo que me persigue, como una maldición...*”

Frente a ello, se aferra a su deseo de cambiar, de mantenerse en metadona, controlando el uso de cristal y heroína. Se aferra también a su relación con su pareja que está en prisión y a la rutina de visitarla y conseguir dinero para llevarle. El rol de proveedor, como mencionaba anteriormente, le da un sentido a su vida, una razón para controlar su uso de drogas y un lugar en el mundo, al tiempo que le permite expiar sus culpas por haber iniciado a su pareja actual en el uso de heroína.

Así pues, mientras que patrones intensos de uso de drogas se asocian a su participación en actividades criminales, con otros hombres, patrones de uso más controlados se asocian a su vida en pareja. Entre estas dos esferas – lo público y lo íntimo – se juega Aurelio sus alternativas de vida en una delgada cuerda floja, donde las alternativas son esquivas.

El personaje que encarna Aurelio es el sin-fortuna, su pelea es contra la esperanza, quien lo derrota reiteradamente en su vida y no le permite escapar del laberinto exclusión-drogas–criminalidad. De ahí la melancolía que transmite en algunos momentos del relato, especialmente cuando narra su vida en la pandilla, donde se sentía parte de algo, que contrasta con la soledad en la que vive en la actualidad.

Pareciera que de adulto se ha convertido en aquello que odiaba o temía de niño: Ha vivido en la calle preso de la dependencia a las sustancias como su padre, sufre su dependencia a la heroína como la sufrían sus vecinos, promovió y facilitó el uso de heroína entre los jóvenes de su colonia, tal como lo hicieron los cholos que conoció en los centros de rehabilitación. Esta identificación consciente o inconsciente con los personajes hacia los que expresa coraje, me lleva a pensar en el coraje que ha acumulado hacia sí mismo y como ese “*irse recio*” es también una manifestación de

esa rabia. Sin embargo, coexiste en él el deseo de no-infectarse de VIH evitando compartir sus jeringas. Aurelio encarna así la lucha cotidiana entre vida y la muerte.

La frustración y la rabia se tornan más evidentes en la generación siguiente. La violencia escala y las alternativas de futuro se desvanecen en el fuego cruzado de la guerra contra las drogas.

5.7.2.3 *Nacidos entre 1988-1993. La llegada del crimen organizado y la erosión de los vínculos en el barrio*

La familia desbordada y la disolución del control adulto

A diferencia de los narradores anteriores, Vicente contó durante más años con su padre proveedor, lo que fungió como un factor mitigador de la pobreza durante la infancia temprana. Sin embargo, la desaparición de este, se tornó un punto de quiebre en su biografía. Ante la ausencia de un padre omnipotente, proveedor, violento y “*malandro*”, la familia se desestructura. Las difíciles condiciones económicas tras la desaparición del padre, hicieron que la madre buscara apoyo en su familia de origen.

Sin embargo, el apoyo de la familia de origen de la madre no favorece que ella se posicione como un referente para Vicente y antes bien, lo abandona, desbordada ante el miedo que le genera la incertidumbre de la desaparición de su pareja y lo que pueda suceder con ella y su familia y ante el temprano comportamiento delictivo de Vicente.

Así, la relación de Vicente con los adultos está rota desde su temprana infancia, con la figura ambivalente de su padre que es policía y delincuente, la Ley y el trasgresor. Pero esta relación con los adultos en tanto representantes de la Ley se termina de fragmentar durante su pubertad. No hay adultos que operen como contención o establecimiento de límites o guía. Su madre aparece como una figura ausente. La escuela no parece cumplir algún papel en su vida y deserta tempranamente de ella sin una mediación adulta.

Al desaparecer su padre, Vicente queda a su suerte y es el grupo de pares de la esquina quienes lo reciben. Su abuela, la única quien le marca límites a través de los regaños, tampoco logra constituirse en un interlocutor válido para él, aparece en su relato como una “*anciana loca y grosera*”, él y sus pares se burlan de sus comentarios y la ignoran. El respeto que veíamos en el relato de Caro por los adultos y por la abuela en particular, se convierte en burla en el caso de Vicente.

El ejercicio abierto de la violencia a medida que avanza su biografía, construye nuevas distancias con su familia, con su madre primero, quien no lo visita cuando está internado en un centro de reclusión a los 14 años, y con su abuela después, quien continuamente le reprocha su oficio de “matón”. El rechazo que él percibe por parte de su madre y su abuela – cuando menciona por ejemplo “*no me quieren en mi casa*”, “*los tengo hartos*” “*conmigo, pura placa*” - puede ser una de las razones que lo lleva a profundizar esa forma violenta de relacionarse con el mundo y las drogas.

El cambio de vida –pasar de un estilo de vida acomodado donde el padre proveía muy bien a otro hogar con carencias- aunado al hacinamiento en su nuevo hogar y al dolor y las emociones asociadas a la desaparición del padre, lo llevan a estar en la calle la mayor parte del día. Allí, encuentra unos referentes de identidad asociados a la violencia, el uso de drogas y la criminalidad que le recuerdan sus intercambios con su padre.

Ser malandro: Drogas, soledad y crimen

En el relato no es posible establecer qué sucedió primero: La partida de la madre o el uso de marihuana, pero sí relata cómo la partida de la madre marca un segundo punto de quiebre en su trayectoria “*me tiré más a la milonga*”. Quizá sentía que no le importaba a nadie, quizá el uso de la marihuana actuaba como un analgésico a su depresión ante tantas pérdidas vividas.

Así pues, su itinerario de uso de drogas, inicia con la marihuana justo en este contexto ambiguo de socialización con sus pares. Por un lado, son las únicas personas con las que menciona sentirse a gusto y quienes lo acogen – no le gusta su escuela, ni las personas con quienes podría socializar allí y sus relaciones familiares son conflictivas – pero en su relato asegura que lo acogen no por él, sino por quien era su padre, situación que marca una negación de su identidad y de su valía como sujeto, que lo llevará en el curso de su biografía a una necesidad de reafirmarse constantemente con sus pares para demostrar que sí vale, que sí es capaz, que es como su padre. Esto significa “*no comer vergas de nadie*”, “*no quebrarse*”, “*ser duro*”, “*enfrentarse a quien sea*”, en otras palabras, estar disputándose constantemente su existencia con otros hombres en contextos de violencia y criminalidad.

Ante tantas pérdidas: Su padre, su madre, su casa, su estabilidad económica, la marihuana y el grupo de jóvenes de la esquina de casa de su abuela le dan un espacio para “olvidar” por unas horas toda la desventura que lo acompaña. Sale del hacinamiento del hogar de su abuela, se relaja

de los gritos y los conflictos, habla tonterías con sus pares, se ríe y “*las cosas van pasando*”. La marihuana le permite *relajarse, cotorrear*, reírse de sus tragedias y su cotidianidad. De ahí la importancia que toma este espacio en su vida y las pruebas que él asume para no verse excluido de él, burlarse de su abuela, robar, asesinar.

Es por ello que es difícil separar los itinerarios de uso de drogas de Vicente, de su trayectoria delictiva. La segunda droga en su trayectoria son las pastillas a las que también accede a través de su grupo de referencia en el barrio. Al igual que en el relato de Aurelio, las pastillas - Rivotril en este caso-, le dan valor y se asocian a los robos primero y al homicidio apenas en la pubertad, le hacen sentir que “*puedes hacer lo que quieras*”, lo invisten de *impulso* para iniciar la acción y *tranquilidad* para actuar.

El primer asesinato en el marco de las “*misiones*” que le impone el grupo de referencia, marca otro punto de quiebre. Antes de ello, él había sido testigo (acompañando a su padre) pero no actor de un crimen de esta magnitud. A partir de entonces, aumenta la intensidad y frecuencia del uso de pastillas y marca su entrada al uso de cocaína. Este evento – el homicidio por exigencia del grupo para pertenecer a él – marca su inicio como “*malandro*” y en lo subsiguiente en su relato nos encontramos con otros eventos que van a consolidar esta identidad, muy parecida a lo que era su padre policía, pero sin esa pertenencia institucional.

La tercera droga en su trayectoria es la cocaína, y al igual que en el caso de Aurelio, accede a ella por su rol como comercializador, después de haber pasado la prueba de su primer asesinato, de haber *marcado el tiro*. El uso de cocaína junto con las pastillas y la marihuana, incrementó esa sensación de invulnerabilidad y con ello su comportamiento violento, al punto que asesina a uno de sus vecinos a golpes a plena luz del día. La violencia se va tornando más y más importante en su vida, en sus interacciones.

Cuando está viviendo en la Ciudad México, prueba la piedra a los 19 años. La quinta droga es el cristal fumado, a la que accede a los 24 años cuando es deportado por Juárez luego de pagar una condena en una prisión en Texas que marca otro punto de quiebre en su trayectoria. Tras su deportación por Juárez, se enfrenta a la experiencia de vida en calle y al temor continuo de que lo asesinen por su apariencia tatuada. En este contexto, consume cristal “*todo el tiempo*” en el contexto de la marginalidad de las personas que viven en la calle como él. “*Yo creo que en parte es para no pensar en todos lo que te puede pasar, en todo lo que te está pasando, que estás valiendo*

verga, que estás ahí malviviendo con malviviendo debajo de un puente. El cristal te hace olvidar de todo eso y te sientes bien loco”.

Finalmente, a los 28 años, a unos días de haber salido de prisión y después de haber sido traicionado por su pareja, prueba el uso inyectado de cristal de manera solitaria, en una búsqueda desesperada por “*sentir algo en las venas*”, tras un largo periodo de estar anestesiado por el cristal, las armas, los conflictos y la cocaína. Su poca experiencia con el uso inyectado de drogas y su falta de conocimiento al respecto, lo lleva a generarse múltiples heridas y abscesos, en una suerte de castigo y laceración de su propio cuerpo.

Si bien Vicente narra un patrón de uso intenso de drogas desde su contacto con las pastillas, este patrón se agudiza cuando migra de Hermosillo, en el marco de su participación con organizaciones del crimen organizado y el aislamiento que ello implica.

De acuerdo a la manera en que va accediendo a las diferentes sustancias en su curso de vida, podemos decir que su trayectoria de uso de drogas es escalonada, pues inicia con la marihuana y allí transita a drogas con mayor potencial adictivo como las pastillas y la cocaína, para luego derivar en la piedra y el cristal. Sin embargo, es una trayectoria acelerada, pues la transición entre una droga y otra toma un año. La trayectoria se desacelera por su prolongada estancia en la prisión. Es quizá todo el tiempo que transcurre en prisión lo que explique el largo intervalo de 12 años entre su primera droga y su primera inyección. En contraste, su uso intenso de drogas se relaciona con su permanencia en espacios aislados ligados al ejercicio de la criminalidad. Paradójicamente, ese patrón de uso intenso lo convierte en un sujeto inestable, “*poco confiable*” dentro del grupo criminal, y lo dan de baja.

En esta vida no hay amigos

El estilo de vida de la vida loca de la pandilla, de los jóvenes de los ochenta, es reemplazado por el estilo de vida del matón a sueldo, en ambos casos la muerte es la compañera constante desde muy temprano en sus biografías, pero mientras en el primer caso el grupo los protege y hay una identidad colectiva de rebeldía, en el segundo la constante es la traición, la desconfianza, la soledad. La violencia procede incluso de los más cercanos.

Al comparar los relatos de Aurelio y Vicente, vemos como cuando el primero habla de la pandilla lo más relevante es quizás la camaradería y solidaridad que se comparte al interior. En su relato hay pocas alusiones al dinero, la distinción se logra por la vía de la pertenencia. En contraste,

cuando Vicente relata los beneficios de trabajar con los “*chilos*”, habla del carro, de las armas, del acceso a dinero y mujeres, nunca menciona la solidaridad, ni la protección que brinda el grupo, antes bien, habla de la desconfianza reinante entre unos y otros.

Podríamos decir entonces que mientras en la generación de los nacidos en los ochenta la construcción de la identidad estaba anclada en la pertenencia a la pandilla, en la generación de los nacidos en los noventa, la construcción de la identidad está mucho más ligada al consumo y las capacidades individuales. Estos jóvenes encarnan la supervivencia del más fuerte y el individualismo a ultranza que promueve el capitalismo contemporáneo. Ya no es la solidaridad del grupo lo que se anhela, sino ser el héroe. Ante la ausencia del grupo como espacio de protección, quien protege es *el patrón*, un patrón lejano y ausente que es más un mito. Ya no hay confianza en el grupo, todos traicionan, pues todos están en la misma búsqueda de ascenso en la estructura, todos deben cuidarse de la violencia, al mismo tiempo que estar listos para valerse de ella en cualquier momento.

En este contexto, el ritual colectivo del uso de drogas queda atrás, pues se está consciente que cualquiera puede sacar provecho del otro, no hay amistad, sino individualismo a ultranza, desconfianza profunda. Las drogas se obtienen en los “*jales*” y se comparten sólo cuando las regala *el patrón*, sino, son usadas de manera individual para aprovechar al máximo la inversión realizada. Es necesario consumir más y más droga, para olvidarse, para ser funcional, lo que a su vez lo expone más a los riesgos y daños, no sólo de las drogas, sino de las actividades ilegales en las que tiene que participar para aprovisionarse de ellas. La única sustancia que sigue compartiendo es la marihuana “*nadie te niega una baiza*”.

La solidaridad de la pandilla que veíamos en la generación anterior, es reemplazada por la “*hermandad de malandros y prófugos*” que constituyen un mundo mucho más marginal en comparación con la pandilla, donde el elemento en común era la vida en el barrio. En esta nueva hermandad de malandros y prófugos, el elemento común es su trayectoria criminal y el estar huyendo de la Ley, representada por el Estado y las instituciones policiales, o bien por los grupos criminales de los que han desertado.

Desconfianza e individualidad: La alienación de la vida barrial

Al mayor despliegue de violencia por parte de los jóvenes, se ha correspondido un mayor silenciamiento del mundo adulto. Los adultos del barrio parecieran vivir presos del miedo hacia

los jóvenes, pero al mismo tiempo sacan provecho de sus actividades ilegales, comprando los bienes que éstos roban y ocupándolos en actividades con poca o nula remuneración cuando éstos están fondeando y necesitan dinero para sus drogas. Estos intercambios agravan la desconfianza intergeneracional y lleva a unos y otros a tomar distancia. El encierro y la muerte son ahora las estrategias de control de los jóvenes. La lógica de callar toma mucha más fuerza en un contexto mucho más violento en comparación con aquel vivido por la generación anterior.

Así mismo, la relación con las instituciones es mucho más ambigua. En todo el relato de Vicente, el imaginario que narra de la policía desde su infancia, es de una institución corrupta, al servicio de criminales, que asesina, tortura y siembra drogas a discreción. A ello se suma la discriminación que él siente por estar tatuado y el constante acoso por parte de los policías que patrullan el barrio.

Esta pérdida de la eficacia simbólica de la ley y los mecanismos reguladores de la comunidad, junto con la soledad y la desprotección en que transcurre su vida, terminan legitimando no sólo el ejercicio de violencias en su vida cotidiana, sino la lógica de sacar ventaja del otro, donde lo que prima es la resolución individual de las necesidades mínimas y donde el vínculo social queda roto.

Prisión: Valer o no valer

Ante esta desvinculación social, la otra compañera, además de la muerte, es la prisión. El temprano ingreso en prisión -como lo mencioné reiteradamente para la generación anterior-, profundiza su trayectoria de ilegalidad, limitando aún más sus posibilidades de ingresar en mercados laborales legales y agudizando un estilo de vida donde el uso de drogas y armas se configuran como un elemento fundamental.

Es en la cárcel donde Vicente conoce a su *padrino*, quien le da acceso a participar en una estructura organizada de drogas por fuera de Hermosillo (dentro y fuera de la República) y en esa medida, sus vínculos locales se van erosionando y con ello, su posibilidad de construir un estilo de vida menos ligado con la criminalidad y las drogas. Sus oportunidades están marcadas por los designios de la organización criminal para la cual trabaja, quienes deciden en qué momento “*darlo de baja por loco*”, por su uso compulsivo de cristal y cocaína, paradójicamente promovido por el acceso ilimitado que brindan estos grupos a sus ejércitos de sicarios para que “*trabajen a gusto*”.

A diferencia de la vivencia en prisión en México, la experiencia de reclusión en Estados Unidos lo enfrenta a una vulnerabilidad más extrema. Aquí no hay quien lo proteja, no hay *compas* del barrio, es un ambiente totalmente desconocido. En este escenario de soledad y vulnerabilidad, una vez más, la única manera de sobrevivir es hacer parte de una organización, donde *“me volví más malandro porque en la ganga se tienen que hacer misiones para pasar a otro nivel. Y tienes que hacerlo porque si no te matan (...) Desde ahí mi vida empezó a decaer bien machín. Te vas volviendo más y más sangre fría”*. Adquiere nuevas habilidades como pelear con picos y enfrentar la muerte cuerpo a cuerpo. Aprende nuevamente que el juego de la vida es una lucha por la sobrevivencia propia a costa de la vida del otro.

De Consumos y Jales. La imposibilidad del acceso al mercado laboral formal

Los jóvenes como Vicente han constatado la desvinculación entre trabajo y progreso económico y social. Tienen el ejemplo de sus propios padres que no lograron sacar a sus familias adelante. Se niegan a participar en un mercado laboral, donde no solo tienen la certeza de que no les permite generar los suficientes ingresos para mantener a sus familias y sus necesidades, sino en el cual han constatado una y otra vez que no son sujetos elegibles por su apariencia física, por sus antecedentes penales, por no tener identificación, por no contar con la capacitación necesaria. Sin embargo, ello no implica que se resignen a agachar la cabeza ante un patrón ocasional que los invita a trabajar en la obra o en los campos cercanos, o ante un adulto que los quiera aleccionar. Tampoco se resignan a no acceder a los bienes de consumo que desean, no quieren ser excluidos ni marginales.

En ese sentido, Vicente sólo se vincula a actividades legales por periodos muy cortos de tiempo y no logra desarrollar un oficio que le permita la subsistencia propia ni apoyar económicamente a sus hijos ni parejas, lo que termina generando mayor dependencia de las actividades ilegales.

La relación de dependencia/sumisión con el grupo de delincuencia organizada para el que trabaja, lo hace además más vulnerable, en términos de estar más visible, ocuparse en trabajos de mayor riesgo –como pistolero–, vivir en lugares que no son familiares (el sembradío de marihuana en la sierra, casas de seguridad en diferentes estados de la República y en Texas), situaciones que sólo observamos en la adultez del relato de Caro, cuando está en crisis y no tiene posibilidades de negociar su independencia económica.

Aunque en la temprana juventud de Aurelio cuando está probándose para ingresar a la pandilla, percibe riesgos y violencia en el entorno, se siente protegido por la pertenencia a un grupo de pares. En el caso de Vicente, todos sus trabajos y experiencias lo llevan a socializar exclusivamente con quienes comparte las actividades criminales y donde el uso de drogas es el elemento en común, lo que comparte, un consumo que permite además escapar a las duras condiciones en que viven y es proporcionada por las propias organizaciones delictivas, y donde no se tejen lazos de camaradería sino prima el miedo la desconfianza y la competencia.

El aumento de la desconfianza hacia los otros, la mayor vivencia del estigma por su apariencia física y la construcción de un estilo de vida donde la violencia impera, son elementos que dificultan aún más el ingreso de jóvenes como Vicente al mercado laboral formal, pues minan sus habilidades sociales para desempeñarse en un medio distinto de los círculos criminales en los que ha estado inmerso desde su pubertad.

Las viejas son unas interesadas. Ser hombre es proveer

La ruptura del vínculo social y el mayor ejercicio de la violencia en los diferentes dominios de la vida se expresa también en sus dinámicas de formación de pareja. Al igual que en los narradores de las generaciones anteriores, la experiencia de la maternidad de sus parejas se da en la adolescencia, sin embargo, a diferencia de Caro y Aurelio, todas las parejas de Vicente hacen parte de las redes barriales de compra-venta-uso de drogas y aún con las familias de ellas las relaciones son de violencia y desconfianza.

A diferencia de las generaciones anteriores, donde las mujeres usuarias son abandonadas por nuestros narradores y no reconocen a sus hijos por la condición de uso de drogas de estas mujeres, en el caso de Vicente es él quien es abandonado por parte de ellas, principalmente por su dificultad para proveer económicamente y por el mayor despliegue que hace de violencia en los espacios íntimos con sus parejas. A pesar de generar dinero gracias a su participación en actividades ilegales, no logra alcanzar una estabilidad que le permita mantener a su propia familia y en respuesta a ello, sus parejas consiguen otros padres “más aptos” económicamente hablando para sus hijos.

En ese sentido, Vicente no ha logrado formar una familia de manera independiente. Ha convivido por periodos cortos con algunas de sus parejas, pero siempre apoyado por su abuela,

quien le permite llevar a vivir a su pareja a su casa, situación que agudiza los conflictos familiares y las difíciles condiciones de vida que enfrentan.

Esta incapacidad de proveer constituye una diferencia radical con los narradores de las generaciones anteriores, pese a que el deseo de ser proveedor y el ejercicio de la masculinidad –al igual que en las generaciones anteriores- está ligada con el rol de proveedor. Esta situación aumenta el enojo, la frustración y la incertidumbre, lo que conlleva a una mayor descarga de violencia en sus interacciones cotidianas con sus familiares, con sus parejas, sus pares y con los actores institucionales, así como a un mayor involucramiento en actividades delictivas y con ello la experiencia de prisión es más recurrente que en los otros narradores.

Violencia y No-Futuro

La figura tan fuerte y al mismo tiempo tan ambivalente de su padre - su padre es un policía “*malandro*” por quien siente admiración y miedo – marca de manera contundente las estrategias y lugares desde los cuales Vicente construye su identidad y se nombra a sí mismo. Para empezar, se describe a sí mismo como alguien tímido “*no se me da mucho hablar*”. Simbólicamente podríamos decir que, al no permitirse hablar, no se permite ser y en esa medida repite el modelo establecido por su padre. De otro lado, en la medida en que no se siente en capacidad de hablar, sus acciones hablan por él y de ahí la importancia que tiene en su relato el *hacerse valer*, a cualquier costo. En tercer lugar, la presencia omnipresente y súper poderosa de su padre, termina convirtiendo su vida en un predicamento, “*ser malandro es mi destino*” y él aparece con poco control sobre su vida y sumido en una sensación de alienación y encierro.

Así, el personaje que Vicente encarna es el del villano. La manera como se nombra así mismo siempre es negativa “*malvivientes como yo*” “*no tengo nada que ofrecer*”, “*pinche drogadicto*”, “*pinche matón*”. En sus primeras interacciones conmigo, constantemente hacía alusión a “*lo malo que era*”, las muchas “*cosas malas*” que había hecho y me preguntaba reiteradamente si no sentía miedo de él. Yo siempre lo percibí como un joven muy deprimido y veía en sus ojos una gran tristeza. Sin embargo, en el relato sólo una vez manifestó abiertamente su vulnerabilidad cuando me dijo cuanto extrañaba a su mamá y lo doloroso que le había resultado durante su vida sentir su rechazo. Por fuera de ese momento, en todo el relato su principal esfuerzo pareciera ser por enmascarar su sentimiento de abandono y su tristeza, con un sentimiento de rabia

y frustración. Pareciera que es esa rabia la que lo lleva a inyectarse y a buscar encuentros con la muerte.

Alonso Salazar (1998: 163), señala: “como en un círculo vicioso, la violencia finalmente es la respuesta a la falta de esperanzas en la vida, que se produce precisamente por la violencia de la que se es objeto, casi da lo mismo vivir que morir, se acorta la distancia entre las polaridades, y la violencia y la muerte, en tanto definen el modo de vivir, establecen toda una cultura de la muerte”. En esa cultura de la muerte, las drogas permiten abrazar la vida, reconfortarse con ella, olvidar el dolor, darse valor. En este contexto de riesgo, donde la muerte es un riesgo cotidiano, diario, el riesgo al VIH se diluye, pues es la sobrevivencia lo que está en juego en el día a día.

5.7.3 Consideraciones finales: ¿Qué nos dejan las historias de jales, drogas y malandros? Notas para una epidemiología sociocultural

Las tres historias presentadas constituyen tres tipos de ideales de tres estilos de vida: El vendedor de drogas, el pandillero, el matón a sueldo. En los tres, la pobreza es el factor condicionante del ingreso temprano a actividades ilegales como estrategia de sobrevivencia y las trayectorias de uso de drogas están imbricadas con el desarrollo de esas carreras criminales.

Sin embargo, los procesos sociales, históricos y culturales diferenciados que viven las tres generaciones con respecto al bienestar social y desarrollo económico, la historia del narcotráfico y la intervención institucional son fundamentales para comprender el mayor impacto que tiene el uso de drogas en la relación salud-enfermedad-muerte-atención a lo largo de la biografía de los sujetos y cómo la conjunción de tales procesos sociales, históricos y culturales configuran contextos de riesgo específicos para cada generación, en donde la dependencia a las drogas, la infección del VIH y la muerte joven son una expresión más de las múltiples violencias y exclusiones que viven estos jóvenes a lo largo de su biografía y que se van haciendo más crudas en la última generación.

En un mundo donde cada vez más la posibilidad de ser se plantea en términos de la apariencia y el consumo, la construcción de la identidad y de construirse un lugar en el mundo para jóvenes como Vicente, pasa también por tener dinero, autos, armas, mujeres. El ingreso a la ilegalidad y al narco en particular, así sea en sus eslabones más bajos, les ofrece los medios para lograrlo. Mientras en la generación de Caro el acceso a estos bienes se lograba convirtiéndose en un vendedor independiente de drogas en pequeña escala, y en la generación de Aurelio

perteneciendo a la pandilla, en la nueva generación se logra uniéndose a desde su temprana juventud a ejércitos desechables de matones a sueldo que trabajan para grupos del crimen organizado.

Ello explicaría el cambio en las lógicas de socialización en el barrio. Las pandillas parecen haber sido desplazadas desde el 2000 por la presencia de organizaciones criminales, quienes empiezan a suplir algunas de las funciones de las bandas a costos mucho más elevados. Intuyo que a medida que la sociedad se torna más desigual, que la exclusión se hace más radical¹⁴¹, el recurso de la violencia se va haciendo más y más necesario en la búsqueda de respeto y lugar en el mundo. Ahora las misiones de iniciación tienen que ver menos con robos y más con homicidios. La búsqueda de respeto no se consigue ahora por la vía de la reciprocidad y el reconocimiento mutuos, sino por la demostración de la capacidad de violencia y sangre fría.

Al analizar a través de los tres relatos cómo se fueron constituyendo los tres estilos de vida que aquí nos ocupan (vendedor de drogas, pandillero, matón a sueldo), queda claro que los riesgos no pueden ser entendidos como resultado de comportamientos individuales. Así mismo, que los comportamientos individuales como el uso de drogas, el uso compartido de jeringas, o el no uso de condón, tampoco pueden ser reducidos únicamente a la noción de riesgo, sino que se insertan en redes de sentido más amplias y expresan posiciones distintas en relaciones de poder dentro de los intercambios micro, así como desigualdades estructurales.

Tal como sugiere Menéndez (2008), los comportamientos son inseparables de las condiciones materiales y simbólicas en las que los sujetos producen y reproducen sus vidas. Por ello, los estilos de vida no pueden ser reducidos a riesgos, sino que son la vida misma de los sujetos, con sus contradicciones, subordinaciones y resistencias, no pueden ser comprendidos por fuera de la pertenencia de los sujetos a un sector particular de la sociedad, dada tanto por las condiciones materiales de vida, como por sus adscripciones socioculturales, que moldean la forma de pensar y portar su cuerpo, su salud, el cuidado, sus relaciones con los otros, sus derechos, sus aspiraciones y el lugar que se asignan en el mundo.

Los relatos nos muestran algunas transformaciones importantes en el contexto meso de Hermosillo, entre las que destaco: Los cambios en las dinámicas del mercado de drogas de Hermosillo, la participación cada vez mayor de los habitantes del barrio en actividades al margen

¹⁴¹ Expresado en mayores índices de desempleo, subempleo y precariedad laboral, empobrecimiento, falta de oportunidades laborales, contradicción entre poder adquisitivo y ampliación del consumo

de la ley (tanto informales como ilegales) para garantizar su sobrevivencia, la situación de desbordamiento institucional ante lo que se puede considerar una epidemia de VIH y uso de drogas inyectadas en la ciudad y el incremento de las muertes de jóvenes.

5.8 El paso de la informalidad a la ilegalidad, las nuevas dinámicas del mercado de drogas en Hermosillo y la emergencia de una epidemia de uso de drogas inyectadas en la ciudad.

La comparación generacional de los relatos en relación con las dinámicas de compra-venta de drogas, me permitió identificar que, si bien desde la década del setenta había algunos usuarios de heroína, principalmente adultos y un comercio desde Sinaloa, es en los noventa cuando este mercado empezó a crecer. Al parecer en la década del ochenta, el uso de heroína se convirtió en una práctica de usuarios jóvenes universitarios de clase media, posiblemente asociada a búsquedas artísticas y al movimiento contracultural de la época.

El consumo de heroína en los noventas parece caracterizarse por dinámicas de micro-tráfico de drogas que tienen lugar en los barrios del norte de la ciudad y que son agenciadas por usuarios de drogas, quienes, a través de este negocio, se financiaban su estilo de vida. Quizá la principal característica de este momento, es la libertad con la que contaban los pequeños distribuidores para vender su producto sin tener que responder a una organización que los controlara. Otra característica es que los mismos usuarios traían la droga de estados y ciudades cercanas, donde se conseguía más fácilmente y con mayor calidad.

Al parecer, la mayoría de usuarios de la década de 1990 provenían de Ciudad Juárez, Nogales, Mexicali y sólo una minoría eran nativos de Hermosillo, lo que hacía que la oferta no fuera constante en el tiempo, y que, por lo tanto, la heroína escaseara en determinados momentos. Estos primeros usuarios conformaron un primer mercado local, en la medida en que compartieron espacios de uso de drogas (los picaderos) con jóvenes locales usuarios de drogas no-inyectables. Los “*yongos*” o “*picaderos*”, son por lo regular casas abandonadas de las que se apropian un grupo de usuarios y se convierten en espacios para comprar y usar drogas, se caracterizan por sus condiciones poco higiénicas, en especial por la presencia de jeringas usadas que son reutilizadas por los usuarios que sienten urgencia de inyectarse y no traen jeringas nuevas. Son espacios frecuentados por usuarios inyectores y no-inyectores, razón por la cual diversos estudios los asocian con la difusión del uso inyectado de drogas (Strathdee, et. al, 2008).

Los usuarios narran cómo las averiguaciones de la policía en la década de los noventa, giraban en torno a quien distribuía la droga. A través del amedrentamiento y la tortura al usuario se buscaba al distribuidor.

La calidad de la droga era óptima según los mismos usuarios, porque había un interés de mantener cautiva a una clientela de confianza. El objetivo no era entonces tener muchos clientes, sino un grupo relativamente fiel que cada día comprara su dosis. El acceso a estos vendedores se daba a través de redes de amigos y de vecinos, quienes llevaban al nuevo usuario ante el distribuidor. Todos los participantes, expresaron que no era posible acceder a un distribuidor sin que hubiera alguien que facilitara el encuentro.

Así mismo, en los años noventa al parecer se vendían dosis relativamente altas, no menos de medio gramo, que equivalía a \$300, esto implicaba que los vendedores acababan más rápidamente con su producto, lo que los exponía menos. Podemos pensar entonces en unos usuarios bien con suficiente capacidad adquisitiva para invertir al menos \$300 diarios, o bien, que recurrían a comprar la dosis colectivamente.

A partir del 2005, los relatos informan de la entrada de organizaciones que controlan a quienes pueden vender y definen las formas en que pueden hacerlo. Se acabó entonces la libertad de los pequeños distribuidores, quienes fueron cooptados por tales organizaciones. A partir de ese momento, los relatos también hablan de cierta complejización en la relación entre la venta de drogas y la policía. Los agentes continuaron persiguiendo y cerrando los lugares de venta de drogas y deteniendo a traficantes, pero solamente a quienes operaban fuera del control de la organización, castigándolos de manera severa para evitar que continuaran operando. De acuerdo a los relatos, el objetivo de estas acciones ya no fue disminuir la oferta de drogas en la ciudad, sino controlar el mercado, al permitir que un sólo un grupo de interesados –una organización criminal aliada con la policía- pudiera vender las drogas. De esta manera, las torturas y detenciones se dirigen ahora a los distribuidores que operan de manera autónoma, combinando el secuestro y la golpiza por parte de la organización criminal con la entrega posterior de los detenidos a la cárcel con inculpaciones que los retienen encerrados por largos años.

Esta presunta participación de la policía en actividades que deben sancionar – como el narcotráfico -, desdibuja los límites entre lo legal y lo ilegal en la vida cotidiana y cuestiona la legitimidad de las instituciones del Estado, lo que de acuerdo a Epele (2010:126) aumenta las lógicas del individualismo y la erosión de los vínculos sociales, pues la regulación normativa deja

de operar como un consenso colectivo y se torna arbitraria, dependiente de intereses particulares y coyunturales, aumentando la desconfianza y el sentimiento de vulnerabilidad y desolación entre quienes no gozan de los privilegios.

En esta etapa que se inicia en 2005 se acaban también los *yongos* –la policía los destruye y “limpia” los espacios - y las dinámicas de uso de heroína se privatizan. Se consume en la casa o en un baldío que esté en el camino, pero el fenómeno de uso de heroína en el barrio no pasa a ser invisible. Lejos de ello, se abren casas de venta de drogas, alrededor de las cuales se observa el trasegar de usuarios todo el día. Las casas operan a doble turno y funcionan al parecer con estrictos controles de seguridad. Personalmente, no pude entrar a ninguna de las casas ni constatar dichos sistemas mientras estuve en campo, si bien, sí pude observar los circuitos de los usuarios buscando su dosis. Esas dosis se consiguen desde los cincuenta y cien pesos, respondiendo quizá a las necesidades de unos usuarios con menor solvencia económica, con mayor urgencia de la droga y con menores vínculos que les permitan cooperarse entre ellos para juntar para una dosis mayor. Aunado a ello, hay una queja recurrente de la disminución de la calidad de la droga y la presencia de mayor *corte*¹⁴², que podemos pensar, permite mantener los precios del gramo de heroína, al tiempo que ofrecer dosis a precios más bajos. En este punto es ilustrador como los usuarios mismos reconocen que antes las sobredosis se debían a la calidad de la droga y hoy en día son efecto del *corte*. Es posible también que la menor calidad de la droga conlleve a una mayor preferencia por la mezcla de drogas.

La calidad de las drogas no es un asunto menor e incide en una mayor exposición de los usuarios a los riesgos y daños. Al no saber de qué está conformado el *corte*, hay mayor probabilidad de intoxicación y de sobredosis, así como mayor riesgo de contraer laceraciones e infecciones en la piel y en la sangre al intentar inyectarse y de generarse quemaduras en el rostro, los labios y las manos al intentar inhalarlas.

Así mismo, en las jornadas de trabajo etnográfico pude escuchar que los nuevos distribuidores regalan dosis – especialmente de cristal – entre jóvenes usuarios de marihuana y pastillas cuando no se encuentran éstas en el barrio, con la finalidad de que prueben el producto. El cristal – de acuerdo con el personal médico entrevistado – genera un fuerte síndrome de

¹⁴² Esta expresión se refiere a mezclar la droga con otras sustancias para rebajar su pureza y así hacerla rendir.

abstinencia¹⁴³, debido principalmente a que la sustancia se queda por mayor tiempo en el cuerpo. Ello explicaría el aumento de usuarios de cristal en los centros de rehabilitación y en las calles, así como los inicios más tempranos en las trayectorias de los sujetos y su paso más rápido a la heroína para compensar el efecto persecutorio que genera el exponerse a largas jornadas de uso de esta sustancia. A su vez, la dependencia de la heroína inyectada, la disminución de su efecto placentero, la necesidad de aumentar la frecuencia de consumo y la ansiedad por evitar los malestares de la abstinencia incrementan tanto las dosis y su frecuencia como la práctica de compartir jeringas.

A partir del 2005, los relatos cuentan cómo los distribuidores son armados por las organizaciones que controlan las ventas y se encuentra presencia de armas en las casas de distribución. De este modo, los distribuidores han dejado de ser “*compas*” o pares y responden más a la lógica de la organización para la que trabajan, pues deben responder por cantidades de dinero y de drogas vendidas.

En ese sentido, el contexto de compra-venta-uso de drogas se ha ido tornando más violento en Hermosillo. Si bien, en los noventas había una violencia referida a la presencia de las pandillas en los barrios, a partir del 2005 vemos aparecer una violencia más selectiva, con lógicas de mayor impacto entre la comunidad de usuarios, como la desaparición y la tortura, que parecieran tener un propósito aleccionador y de ejercicio del control territorial de unos grupos organizados sobre los barrios.

De otro lado, todos los narradores nos hablan de la existencia de mayor diversidad de drogas disponibles en el mercado actual, situación que no encontramos en los periodos anteriores. Aparece en años recientes la heroína blanca o “*china hite*”, sin que tenga certeza de dónde proviene, exactamente qué es, ni la calidad de la misma, pues los narradores cuentan historias poco claras y contradictorias al respecto¹⁴⁴. Recordemos que los resultados de la encuesta mostraron que mientras en Tijuana y Ciudad Juárez menos del 1% de los usuarios reportaron inyectarse heroína blanca en los seis meses previos a la encuesta, en Hermosillo la proporción fue de 6% ($p < 0.00$). Al examinar las diferencias intergeneracionales, encontramos que los jóvenes estuvieron más expuestos a este tipo particular de heroína en comparación con los mayores (3.9% vs. 0.9%

¹⁴³ Caracterizada por contracciones abdominales, gastroenteritis, dolor de cabeza, letargia, dificultad para respirar, aumento del apetito y una depresión profunda

¹⁴⁴ En el apartado anterior comentamos la renuencia de los participantes a hablar sobre los lugares de dónde provienen las drogas y las dinámicas de compra y venta de drogas en la ciudad. Sólo aquellos con quienes tenía una relación más antigua pudieron dar más detalles al respecto, pero aún así, los relatos son confusos y en ocasiones hasta contradictorio.

$p<0.00$), lo cual fue especialmente significativo entre los usuarios de Hermosillo (7.2% vs. 2.9% $p<0.00$).

Se dice que la heroína más pura es de color más claro, sin embargo, se ha denunciado también – principalmente en Estados Unidos – que la denominada “*china white*” es en realidad una mezcla de heroína con fentanil, “un antiácido sintético derivado del opio, que al mezclarse con heroína produce un efecto más fuerte, por lo que la mezcla está asociada con consumidores con mayor dependencia a la heroína”¹⁴⁵. Por lo tanto, es posible pensar que esta mezcla es una estrategia de mercadeo que permite vender una sustancia que no es heroína a precios más altos y que representa mayores riesgos de sobredosis y de dependencia que la misma heroína.

Mientras estaba en campo, me sorprendía constatar que la droga que más escaseaba en el barrio era la marihuana y la segunda de la que oía más quejas era la heroína, sobretudo en dosis de cincuenta pesos. Sin embargo, nunca escuché que escaseara el cristal, que se consigue en dosis de hasta \$25. Es posible que esta popularización del cristal en las calles de Hermosillo se asocie con el aumento de la importancia de México como productor de esta sustancia, a la menor capacidad adquisitiva de los usuarios en los barrios, y a la menor disponibilidad de cocaína en estos espacios.

La cocaína, en los relatos de los narradores es una sustancia de lujo a la que no se tiene acceso fácilmente por los costos. La alternativa a sus efectos estimulantes es el cristal, que produce mayor dependencia y deterioro físico que la cocaína y en mucho menor tiempo.

La llegada de la heroína y el cristal al barrio, por su alta capacidad adictiva, marca un nuevo momento en el ciclo de empobrecimiento, exclusión y marginación social que ya venían experimentando los jóvenes de este sector social. Los dependientes *necesitan* la dosis y en ese sentido, conforman “ejércitos” dispuestos a *hacer lo que sea* para obtenerla. Los cuerpos antes rebeldes, se tornan dóciles y las relaciones sociales se mercantilizan.

Así pues, en términos de la demanda de drogas, el creciente uso de drogas puede entenderse en el contexto carencial del barrio, como un mecanismo de automedicación para hacer frente a la pobreza, el desempleo, la desesperanza, la frustración, la tristeza y el enojo y como una estrategia de búsqueda de placer¹⁴⁶.

¹⁴⁵ Tomado de Milenio.com “China White la combinación mortal de heroína con fentanil” escrito por Liliana Cavazos, publicado el 04/02/2014. Consultado el 16/05/2015 http://www.milenio.com/tendencias/Fentanil-principales-sospechosos-Seymour-Hoffman_0_239376430.html

¹⁴⁶ Pero el uso de drogas no es un asunto exclusivo de los jóvenes, vemos en los relatos como los padres, tíos y abuelos son recetados con Valium y Clonazepan por parte de médicos del Seguro Social, y parte del conocimiento inicial de los narradores sobre las drogas tiene que ver con experiencias de consumo de alcohol y medicalización en sus padres,

Un cambio generacional importante en relación con el uso de drogas es su uso más intenso. A medida que los narradores se hacen más jóvenes, vemos cómo aumenta el número de pastillas que ingieren en una misma toma, así como la cantidad de cristal inhalado, el uso inyectado de cristal y heroína y los días que andan “*enrrachados*”. Esta alta dosificación de la droga se asocia con episodios de enlagunamiento, olvido y psicosis temporal, en los cuales los sujetos no recuerdan qué hicieron y cuyas acciones están casi siempre asociadas a la delincuencia. ¿Qué significa esta urgencia de olvido en los más jóvenes?, ¿qué nos dice esta necesidad de consumir una sustancia hasta caer?, ¿Qué expresan esos episodios de enlagunamiento? Es posible considerar el olvido como una estrategia de supervivencia ante la intensidad del sufrimiento social al que se enfrentan estos jóvenes y la escasez de recursos para lidiar con él, pero también es posible pensar en el deseo de disfrutar al máximo ese momento de la existencia, de vivir al límite el hoy, de perderse en esa sensación de invulnerabilidad que ofrecen las drogas en este contexto de incertidumbre, donde no se sabe si al día siguiente se estará vivo. Ese uso intenso de drogas operaría entonces al mismo tiempo como una forma de resistencia.

La lectura contextual de los relatos muestra como ante la precarización del campesinado y los trabajadores manuales, y ante un empresariado que no logra generar empleos suficientes, se va creando en Hermosillo un enorme sector terciario que permite la sobrevivencia precaria y el acceso a un consumo de tercera, de mala calidad y bajo costo. El acceso a bienes de mejor calidad en el barrio está favorecido por la participación cada vez mayor de sus pobladores en actividades informales e ilegales, que van desde la compra-venta de ropa usada, pasando por el trabajo sexual y la venta de drogas. En los últimos años, muchos habitantes del barrio se han tornado actores al margen de la ley. Los vecinos se tornan transgresores menores al comprar los artículos robados que ofrecen los jóvenes. Los policías son también transgresores al ejercer una aplicación selectiva de la ley y favorecer la impunidad de las organizaciones poderosas. Mientras que los actores del crimen organizado aparecen como los transgresores mayores, que fabrican usuarios explotables y dóciles, a los cuales los insertan en redes nacionales y transnacionales de delincuencia y los desechan cuando ya no cumplen con sus perfiles, o bien, dejan que se maten entre ellos.

abuelos, tíos y posteriormente, con sus propias experiencias de intervención terapéutica o médica frente a sus adicciones.

En síntesis, los relatos evidencian cómo ante la presencia cada vez menor de políticas de bienestar social, la popularización de medidas de encierro y aislamiento en conjunto con la mayor presencia policial y la mayor erosión de los vínculos sociales tanto al interior del barrio como con actores externos a él, las drogas fueron tomando mayor protagonismo en la construcción del mundo social y cultural de los jóvenes pobres de Hermosillo. El bienestar fue reemplazado por el consumo y en ese contexto toman sentido los patrones intensos de uso de drogas en las generaciones más jóvenes. Por su parte, el mayor poder que fue conformando el narcotráfico en el país y los conflictos internos de los diferentes grupos del crimen organizado, favorecieron la llegada a Hermosillo de la violencia organizada y su mayor protagonismo en este contexto complejo de pobreza, desigualdad barrial y vida al margen de la ley. La auto-medicalización de la vida cotidiana y la calidad y el efecto de las “drogas para pobres”, como el cristal, aumentaron la vulnerabilidad de los más jóvenes y sus riesgos de enfermedad y muerte.

6. Conclusiones

Al inicio de esta tesis describí cómo, en el sudeste asiático y en Europa Oriental, la difusión del VIH en la población de PID fue extremadamente acelerada. Esta expansión fue resultado de la convergencia de factores económicos, sociales, políticos y culturales. Por sus características históricas y culturales, México está lejos de tener el volumen de población de inyectores que existe en las regiones mencionadas. Sin embargo, el creciente número de nuevos inyectores y nuevos usuarios de heroína, junto con la evolución de la epidemia de VIH en el país, especialmente en las ciudades del norte de la República y en Hermosillo en particular, conlleva la necesidad de analizar las condiciones y características que favorecen el aumento de ambas epidemias (de drogas inyectadas y de VIH), para plantear estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

La apuesta central de esta tesis ha sido ofrecer un abordaje desde la perspectiva del curso de vida al estudio de la relación entre uso de drogas inyectadas y VIH. Quise con ello problematizar el concepto de riesgo y los llamados “comportamientos de riesgo”, proponiendo una comprensión histórico-social y biográfica de dichos riesgos a través de la perspectiva del curso de vida de usuarios de drogas inyectadas y desde el concepto de estilos de vida propuesto por Eduardo Menéndez para ir más allá de las conductas individuales.

La perspectiva del curso de vida me brindó estrategias conceptuales y metodológicas para aportar una mirada más estructural, que me permitió trascender la noción de riesgo como responsabilidad del individuo. Me permitió acercarme a explorar cómo se configuran los estilos de vida de un grupo de varones del norte de la República, en los que el uso de drogas se convirtió en elemento central de sus identidades, formas de socialización y estrategias de sobrevivencia, y observar las diferencias en las trayectorias de personas PID de Hermosillo comparadas con las de Tijuana y Ciudad Juárez.

A continuación, sintetizo los hallazgos más importantes en términos de (1) los aportes de la perspectiva de curso de vida al estudio de la relación entre drogas y VIH; (2) los conceptos de riesgo y estilos de vida y sus implicaciones metodológicas para abordar la relación entre uso de drogas y VIH desde una perspectiva sociocultural; y (3) recomendaciones de política pública para la prevención y tratamiento del uso de drogas inyectables y del VIH en población de PID y sus parejas.

6.1 Los aportes del enfoque demográfico del curso de vida.

He planteado que la perspectiva de curso de vida busca ligar el tiempo biográfico – la edad cronológica y los eventos que tienen lugar a cada edad -, con el tiempo histórico - que captura los cambios sociales e institucionales -, y el tiempo social, -que refleja las normas sociales existentes en relación con la edad, así como las posiciones y roles sociales-. Para poder tejer esta relación recurrí a tres ejes analíticos: Las cohortes de nacimiento, los lugares de residencia y el encadenamiento de los eventos asociados al uso de drogas en las biografías individuales.

La comparación entre cohortes de nacimiento me permitió evidenciar cómo los cambios históricos, institucionales y sociales se encarnaron en las biografías de los varones inyectores que participaron en este estudio. La comparación entre ciudades me permitió dar cuenta del efecto de los contextos institucionales y sociales locales sobre las biografías individuales. Finalmente, el análisis de la secuencia de los eventos que constituyen las trayectorias de uso de drogas, me permitió visibilizar la diversidad de trayectorias posibles y el proceso de acumulación de desventajas a lo largo de las biografías. A continuación, desarrollo estos tres elementos.

6.1.1 Cambios sociales y generaciones

Tomé en principio dos generaciones de referencia en el análisis cuantitativo: Nacidos antes de 1980 vs. nacidos después de 1980, debido a que los nacidos antes de 1980 iniciaron su consumo de drogas entre los años noventa y fines del siglo XX, y en los últimos quince años las condiciones de la venta y consumo de drogas han cambiado en las tres ciudades analizadas. A partir de 1985, la sociedad mexicana vivió la emergencia del VIH y con ello, de toda una estructura institucional de atención, construida en parte por el interés del Estado mexicano de controlar la epidemia. Esta estructura institucional tomó forma, por un lado, en el marco de una agenda global que ponía a disposición del Estado nacional saberes, metodologías, tecnologías y financiamiento, al tiempo que establecía indicadores de avance en la lucha contra la epidemia. Por otro lado, esta estructura institucional también respondió a la presión de los movimientos sociales de trabajadoras y trabajadores sexuales y de los grupos LGBTTI, que exigieron un mejor acceso a los servicios de salud y emprendieron acciones para contrarrestar el estigma y la discriminación hacia las personas que vivían con VIH.

A partir de 1985, México experimentó un crecimiento sin precedentes del tráfico de drogas, especialmente de cocaína y heroína y con ello, se consolidó un esquema de negocios caracterizado

por su gran rentabilidad y su capacidad de ejercer el control de territorios a través de la violencia. El dinero del narcotráfico ofreció una alternativa económica a los hogares más golpeados por las sucesivas crisis económicas de 1976, 1982, 1984 y 1987, y con el aumento del dinero ligado al tráfico de drogas, emergieron estilos de vida, lógicas de consumo, prácticas de socialización e identidades que deificaron -entre otras cosas- estereotipos de lo masculino que se configuran desde el lugar de la violencia, el riesgo, la proveeduría, la promiscuidad y del éxito social que proporcionan, tanto la venta de drogas al menudeo, como el consumo de alcohol y drogas entre los varones jóvenes del norte que no se fueron a trabajar “al otro lado”.

Las crisis económicas vividas durante la década de 1980 trastocaron la experiencia de la juventud como moratoria social, al hacer más complicado el acceso a un trabajo formal y lograr la independencia económica como evento central en la trayectoria de vida de los hombres jóvenes mexicanos. En este contexto, los jóvenes de sectores populares empezaron a ser representados en los imaginarios sociales como sujetos peligrosos, y cayeron sobre ellos dispositivos de marginación y exclusión por la vía del estigma y la discriminación.

Adicionalmente, a partir de 1985 se observó un aumento importante en el uso de drogas en la población mexicana, especialmente en el norte del país. Para responder a este aumento en el consumo de drogas, emergió un dispositivo institucional de atención a las adicciones, principalmente a través de grupos de autoayuda, el cual no tenía precedentes en las décadas anteriores y alrededor del cual se consolidaron discursos frente al uso problemático de drogas, su tratamiento y su pronóstico.

A finales de la década del noventa, la firma del tratado de libre comercio con América del Norte permitió el aumento -también sin precedentes- del flujo de diversos bienes y capitales, entre ellos las drogas, y el consumo se erigió como nueva forma de bienestar. Se reformó el código penal aumentando las penas para el tráfico de drogas y se aumentó también la escolaridad mínima, volviendo obligatorios los estudios de secundaria para los jovencitos de 12 a 15 o 16 años. Esto implicó en las vidas de los participantes más jóvenes de este estudio mayor acceso a escolaridad, por un lado, pero también mayor presión para realizar actividades delictivas, dado que a ellos no los cobijaban las mismas penas.

A partir del año 2000, México se convirtió en el principal productor de las metanfetaminas y la heroína que entraban a Estados Unidos. Aunado a ello, a partir de los atentados terroristas a las torres gemelas en 2001, el gobierno de Estados Unidos fue emprendiendo un cierre paulatino

de fronteras hacia la migración de mexicanos y ejerciendo cada vez mayor presión para que el gobierno mexicano emprenda con más rigor la denominada “guerra contra las drogas”.

La democratización del país y la denominada guerra contra las drogas generaron un aumento de la violencia estatal, inicialmente en las ciudades de Tijuana y Juárez, que se fue extendiendo por todo el país. Frente a ello, se dio paso a la estrategia de militarización de las ciudades y se aplicaron nuevas reformas al código penal para endurecer aún más las penas al tráfico de drogas. Estas estrategias han llevado a una mayor criminalización y uso de la violencia hacia los narcomenudistas y los usuarios más jóvenes.

Estas transformaciones sociales e institucionales se encarnaron en los itinerarios de uso de drogas de los participantes en la encuesta. Por ejemplo, en términos sociodemográficos, los datos mostraron que los participantes nacidos a partir de 1980 contaban con mayor nivel de escolaridad que aquellos nacidos antes de 1980.

Con respecto a las dinámicas de uso de drogas, los más jóvenes reportaron mayor uso de metanfetaminas en comparación con los mayores, así como mayor acceso a heroína blanca; los mayores, por su parte, reportaron mayor uso de heroína negra u obscura, también denominada (*black tar o sugar brown*).

En relación con los itinerarios de uso de drogas, los más jóvenes reportaron en mayor proporción haberse iniciado con marihuana, mientras que los mayores reportaron en mayor proporción haberse iniciado con Resistol, cocaína y/o heroína. Los ejercicios con modelos Cox y modelos de regresión logística, mostraron que los encuestados nacidos a partir de 1980 tuvieron mayor probabilidad de haber iniciado el uso de drogas a edades más tempranas, mayor probabilidad de transitar más rápidamente al uso de drogas con mayor capacidad de dependencia (cocaína, heroína y/o metanfetaminas), y mayor probabilidad de transitar más rápidamente al uso de drogas inyectadas.

Es decir, aunque los participantes más jóvenes reportaron iniciar también su consumo de drogas con sustancias menos problemáticas como la marihuana, en el transcurso de su biografía, tuvieron acceso de manera mucho más rápida a mayor variedad de drogas, lo que devino en itinerarios más acelerados.

Otro hallazgo interesante fue el diferencial encontrado entre generaciones para la entrada a tratamiento. Los usuarios nacidos antes de 1980 entraron a tratamiento en promedio después de ocho años de haber iniciado el uso de drogas. En el caso de los nacidos a partir de 1980, la entrada

en tratamiento tuvo lugar en promedio tres años después de haber iniciado su trayectoria. Ello puede ser producto de dinámicas más intensas de uso entre los más jóvenes, pero también por el efecto de la mayor penetración que han tenido los discursos y prácticas en torno al tratamiento, el cual ha sido principalmente promovido por los grupos de autoayuda, que crecieron de manera importante a partir de la década del noventa, junto con el crecimiento del consumo y su intensificación.

El análisis cualitativo mostró cómo los discursos en torno a la adicción, y con ello la construcción del usuario de drogas como sujeto “enfermo”, “el adicto”, estuvieron más presentes y de manera más temprana en los relatos de los entrevistados pertenecientes a las generaciones más jóvenes¹⁴⁷. Por ello, estos discursos tuvieron en esta generación un mayor impacto en la construcción de sus identidades, en las formas de construir sus relatos biográficos, de nombrarse a sí mismos y a sus experiencias con las drogas. La principal diferencia queda enmarcada en el paso del sentimiento de orgullo al de vergüenza en los sujetos. El orgullo se asocia a los primeros años de experimentación con drogas y tiene que ver con la posibilidad de trasgredir las normas sociales referentes a los roles de género, los usos del cuerpo, los manejos del tiempo y las actividades económicas. La vergüenza deviene tras el internamiento o el encarcelamiento, a través del cual los sujetos internalizan el estigma asociado a la condición de “adicto”, y entonces aquello por lo que antes se sentían orgullosos (usar muchas drogas, ser violento, tener dinero, tener “mujeres” y fiestas, o emplearse en actividades delictivas) deviene en motivo de vergüenza y en culpa, apareciendo así, junto con el malestar físico y el empobrecimiento, el deseo de cambiar de vida.

6.1.2 El lugar también cuenta: La relación entre consumos y mercados locales

Así mismo, el análisis cuantitativo permitió encontrar perfiles diferenciados de usuarios de drogas de acuerdo a la ciudad de residencia. Los usuarios de Tijuana y Ciudad Juárez eran en su mayoría personas con escolaridad menor a secundaria completa y con ingresos menores a los 3,500

¹⁴⁷ En el análisis cualitativo analicé tres generaciones: Nacidos entre 1965 y 1971, nacidos entre 1979 y 1984, y nacidos entre 1988 y 1993. La primera se corresponde con el crecimiento en la producción nacional de marihuana y el aumento en su consumo por parte de una generación de jóvenes que hizo de esta práctica un símbolo de contra-cultural. La segunda se corresponde con el boom de la cocaína, cuando la frontera norte de México se convierte en territorio clave para el paso de droga hacia Estados Unidos. La tercera corresponde a la aparición de las drogas sintéticas y específicamente a las metanfetaminas o cristal y la consolidación de México como su principal productor.

pesos mexicanos, mientras que los de Hermosillo tenían en su mayoría estudios de secundaria completa y con ingresos superiores a los 3,500 pesos.

En términos de las dinámicas de uso de drogas, el análisis mostró que, aunque todos los encuestados eran principalmente usuarios de heroína, los usuarios de Hermosillo tenían acceso a mayor variedad de drogas en comparación con los de las otras dos ciudades y consumían cocaína y metanfetaminas en mayor proporción que los usuarios de Tijuana y Ciudad Juárez. Los usuarios de Ciudad Juárez, por su parte, reportaron prácticamente no tener acceso a metanfetaminas. Este reporte diferenciado de drogas se puede asociar al control que establecen las organizaciones del crimen organizado sobre el mercado de las sustancias disponibles en cada ciudad.

Durán-Martínez (2015) plantea que el interés de las organizaciones del crimen organizado por controlar los mercados locales responde principalmente a la presencia de competencia por parte de una organización rival que intenta apoderarse de un territorio. En Tijuana, las disputas entre el cártel de los Arellano Félix y los cárteles de Sinaloa y Juárez en la década del noventa, devino en la aparición de las “tienditas”, expendios de narcomenudeo que proporcionaban vigilancia en los barrios y control de las dinámicas de compra-venta-uso de drogas en los mismos (Valdés, 2013). De acuerdo a Durán-Martínez estas dinámicas evolucionaron durante el 2000 a formas menos evidentes y estrictas de control en la medida en que el cartel de Sinaloa se impuso y ganó “la plaza”. En respuesta a ello tenemos un escenario con amplia disponibilidad de drogas, con un bajo despliegue de violencia y donde los distribuidores tienen autonomía para decidir sus estrategias de venta. En Ciudad Juárez, las continuas disputas entre el cartel de Sinaloa y el cartel de Juárez a partir del 2004 y entre ambos cárteles y el cartel de la línea (antes brazo armado del cartel de Juárez) a partir de 2008 (Dudley, 2013) generaron una escalada de violencia que devino en un estricto control territorial, que podría explicar el poco acceso de los usuarios a metanfetaminas controladas principalmente por el cartel de Sinaloa y su brazo armado, la pandilla Barrio Azteca (Dudley, 2013). Los datos cualitativos evidenciaron que en Hermosillo sólo a partir del 2010, actores del crimen organizado empiezan a ejercer control sobre distribuidores de drogas, por lo que no se reporta en esta ciudad enfrentamientos entre organizaciones por el control del mercado local de drogas, lo que explicaría la mayor diversidad de drogas disponibles.

Por su parte, el análisis de las trayectorias reveló que, aunque los usuarios de Tijuana tenían mayor probabilidad de iniciarse tempranamente en el uso de drogas en comparación con los usuarios de las otras dos ciudades, los encuestados de Hermosillo reportaron menor espaciamiento

entre el no uso de drogas y el paso al uso de drogas CODAR¹⁴⁸, y entre el uso no inyectado y el uso inyectado de las mismas. Los usuarios de Tijuana, por su parte, reportaron trayectorias más escalonadas en comparación con las otras ciudades.

El análisis cualitativo ofreció pistas para comprender el porqué de estos tránsitos más acelerados entre los usuarios de Hermosillo. Por ejemplo, encontré que a partir del 2010 el crimen organizado impuso un control más estricto sobre los mercados locales de droga, luego de lo cual restringieron la distribución de marihuana en algunas colonias, al tiempo que incentivaron el consumo de cristal reduciendo su precio u ofreciéndolo gratuitamente. Así mismo, encontré mayor vinculación de los varones más jóvenes con las dinámicas locales de las organizaciones criminales, adentro de las cuales se da un uso intenso de cocaína y cristal patrocinado por los jefes de estas organizaciones, ya que, en ocasiones, parte del pago por los servicios realizados consiste en droga, principalmente cocaína y cristal.

Cabe mencionar que Tijuana y Ciudad Juárez habían vivido este reclutamiento de las pandillas por parte del crimen organizado desde 1990 y a partir del 2000 respectivamente (Dudley, 2013; Valdés, 2013), pero en Hermosillo el trabajo etnográfico mostró que es un fenómeno reciente y que más que el reclutamiento de pandillas, las organizaciones de sicarios reclutan a jóvenes que pertenecen o son cercanos a redes de compra-venta-uso de drogas para realizar diferentes trabajos.

En estos contextos, el uso intenso de drogas hace parte de los mecanismos de construcción de las identidades masculinas, constantemente a prueba y donde se requiere demostrar valentía, arrojo, resistencia y capacidad de ejercer violencias. Por un lado, el uso de drogas, especialmente la cocaína y el cristal, hace parte de las dinámicas de socialización al interior de estos grupos delincuenciales y de jóvenes consumidores. Por el otro, ayuda a manejar las emociones (estrés, ansiedad, miedo, soledad, etc.) que implica realizar las actividades criminales que requiere el grupo (asaltos, atender casas de venta de drogas, ejecutar homicidios y secuestros, etc.) y ayuda a los usuarios jóvenes a sobrevivir la adolescencia y la juventud sin trabajo, sin ingresos y sin perspectiva de formar familias.

En este escenario, el tránsito al uso inyectado se da en ocasiones como parte de los esfuerzos por demostrar la virilidad y el arrojo dentro del grupo de referencia. En otras ocasiones, la transición obedece a una profunda depresión, donde se busca “sentir algo en las venas”. Y,

¹⁴⁸ Metanfetaminas, heroína y/o cocaína.

cuando el tránsito al uso inyectado se da con heroína, se asocia a un esfuerzo por contrarrestar el efecto hiper-estimulante del cristal y/o la cocaína consumidos en exceso por periodos prolongados, tanto en el marco de la participación en actividades ilegales (robos, asaltos, homicidios, venta de drogas) como en el marco de la diversión juvenil y la evasión de realidades poco promisorias.

La historia del narcotráfico en México, muestra que, a diferencia de Hermosillo, en Ciudad Juárez y Tijuana, las organizaciones del crimen organizado estuvieron presentes desde el origen mismo de la prohibición de las drogas, en las primeras décadas del siglo XX. Así mismo, desde los años cuarenta se reporta alto uso de heroína y cocaína en estas ciudades, de modo que ya desde la década del noventa, las primeras cifras del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, ubicaba a estas ciudades con las prevalencias más altas de la República. Este sería uno de los factores que explicaría por qué en estas ciudades se encuentran trayectorias de uso de drogas más escalonadas. Los usuarios de Tijuana y Ciudad Juárez han tenido acceso desde hace mucho tiempo a cocaína y heroína, de ahí el hallazgo de que sus trayectorias de uso de drogas, aunque más tempranas, son menos aceleradas en comparación con las de Hermosillo, donde también consumen jóvenes de ingresos medios.

La condición fronteriza, tanto de Tijuana como de Ciudad Juárez, es otro factor que facilita el contacto con población inyectora, tanto por la mayor disponibilidad de droga, como por la presencia de migrantes provenientes de Estados Unidos que pasan la frontera para acceder a las sustancias a menor precio. En este contexto, es posible pensar que la socialización alrededor del uso inyectado de drogas ocurre con personas desconocidas, lo que requiere mayor tiempo para convencerse de probar la vía inyectada.

La indagación cualitativa arrojó que, en Hermosillo, al no ser una ciudad fronteriza, la difusión del uso inyectado de drogas se realizó por vía de los primeros inyectores. Estos eran en su mayoría personas oriundas de la ciudad que habían migrado a ciudades fronterizas, tales como Nogales y San Luis Rio Colorado, o a Estados Unidos, y que, tras su regreso al barrio, difundieron entre las redes de vecinos y amigos de la infancia el uso inyectado. Quizá por ello la transición al uso inyectado sucede de manera más rápida en esta ciudad, al existir relaciones de confianza e identificación con quienes promovían la nueva forma de uso de drogas.

Los hallazgos aquí descritos en torno a perfiles diferenciados de usuarios según generación y ciudad de residencia, y su relación con características sociales, políticas, económicas e institucionales y sus cambios a través del tiempo, permiten concluir que la perspectiva del curso

de vida resulta útil, no sólo para comprender fenómenos socio-demográficos como la migración (Sebille, 2005), la fuerza de trabajo (Pacheco, 2005), la movilidad social (Solís, 2007) y la sexualidad (Gallego, 2010; Heilborn, et al, 2006; Szasz, 2006; Juárez y Castro, 2004; Welti, 2005), sino también para estudiar el fenómeno del uso de drogas, aportando una lectura que, sin desconocer la centralidad del sujeto, va más allá de los comportamientos individuales, ligándolos con los contextos y estructuras sociales en los que se ubican. ¿Qué podemos concluir en términos de las biografías individuales?

6.1.3 El encadenamiento de eventos en las biografías individuales: Debatiendo con la puerta de entrada.

En la literatura que estudia el uso de drogas desde una perspectiva biográfica, tiene mucha relevancia la hipótesis de la puerta de entrada. Esta hipótesis concibe las trayectorias de uso de drogas como una secuencia progresiva y jerárquica de involucramiento en el uso de drogas que inicia con el uso de drogas legales (alcohol o tabaco), sigue con drogas ilegales suaves (marihuana), y termina en drogas “duras” (heroína, cocaína, metanfetamina) (Kandel, D.B., Yamaguchi, K., y Cousino, L., 2005; Maldonado-Molina & Lanza, 2010). Esta hipótesis plantea que edades tempranas de inicio de uso de drogas, por blandas que sean, son predictores de patrones de uso intenso y problemático, de transiciones más aceleradas a drogas de mayor impacto sobre la salud y de mayor prevalencia de comportamientos de riesgo.

Los hallazgos aquí presentados muestran que las trayectorias no siempre se dan de manera escalonada. Al contrario, 16.4% de los participantes en este estudio reportaron haberse iniciado con “drogas duras” (CODAR) y un 13.2% haber iniciado su trayectoria directamente con el uso inyectado. La encuesta no indagó por las edades de inicio de uso de alcohol y cigarro, pero los datos cualitativos mostraron que en ocasiones el uso de drogas ilegales precede al uso de drogas legales. Así, el análisis cualitativo ratificó la diversidad de las trayectorias y la dificultad para homogeneizar a la población a partir de las edades de inicio.

A pesar de no poder establecer que el patrón escalonado aplica para todos los sujetos, el análisis de trayectorias mostró la importancia que tiene la edad de inicio en la vivencia de los eventos posteriores que van conformando los itinerarios de uso de drogas. En los modelos estimados, a menor edad a la primera droga, mayor probabilidad de transitar tempranamente al uso inyectado.

El tipo de droga de inicio es otro elemento importante que incide en las transiciones posteriores que constituyen las trayectorias de uso de drogas. Los hallazgos mostraron que iniciarse con una droga CODAR se asoció a un calendario más temprano a la primera inyección, así como también que aquellos usuarios que se iniciaron combinando drogas mantuvieron un uso combinado de las mismas. Así mismo, los resultados mostraron que aquellos usuarios que se iniciaron con heroína sola, se mantuvieron como monousuarios de esta sustancia durante toda su trayectoria. En general, aquellos sujetos que presentaron patrones escalonados de uso de drogas, reportaron trayectorias en las que se iban incluyendo nuevas sustancias a su repertorio de uso, de modo que, al momento de la encuesta, eran en mayor proporción poliusuarios de un mayor número de sustancias. Por su parte, aquellos que iniciaron con drogas CODAR, contaban en su repertorio de uso de drogas con menor cantidad de sustancias usadas simultáneamente.

El análisis mostró también que el efecto de la ciudad de residencia variaba según el evento de la trayectoria. Este efecto era importante para la primera transición (primer uso de drogas), empezaba a perder significancia en la segunda transición (primer uso de drogas CODAR) y dejaba de ser estadísticamente significativo en la última transición (primer uso inyectado). Ello permite pensar que a medida que se avanza en las trayectorias, los factores intrínsecos a ellas (edad de inicio, tipo de droga) toman mayor peso en comparación con los factores extrínsecos (ciudad de residencia) para explicar las transiciones subsiguientes. En ese sentido, se hace necesario incorporar un enfoque dinámico, que contemple cómo cambian las variables en el tiempo y cómo explicar dichas variaciones, en lugar de asumir efectos constantes a lo largo de los cursos de vida individuales, como lo hace la hipótesis de la puerta de entrada.

Además de su linealidad, la principal limitación de la hipótesis de la puerta de entrada es que, al sólo considerar las edades de inicio de drogas legales o ilegales, minimiza el efecto que tiene el contexto social sobre las trayectorias de uso de drogas y, por tanto, individualiza la discusión sobre las implicaciones problemáticas de edades tempranas de uso de alcohol y otras drogas. Así, el peligro de esta postura teórica es que, con base en un solo indicador, termina legitimando estereotipos en torno a segmentos de población y normaliza el que desarrollen trayectorias de uso problemáticas y dependencia, sin cuestionar cómo las condiciones de vida de esos sujetos generan las oportunidades y motivaciones para iniciar y complejizar las trayectorias de uso, y para aumentar los daños asociados al uso de sustancias psicoactivas. Más aún, desde esta

postura teórica no es posible esclarecer cuáles son los significados asociados al uso de drogas en dichos segmentos de población y sus comunidades que favorecen trayectorias tempranas.

Así pues, no es que las edades de inicio no sean importantes, he mostrado aquí el impacto que tienen sobre los eventos posteriores y hay un consenso general sobre la necesidad de retrasar las edades de inicio de uso de drogas para disminuir el tiempo de exposición a los riesgos y daños asociados a éstas. Sin embargo, es fundamental incorporar variables contextuales en esta discusión para poder así visibilizar cómo la desigualdad socioeconómica incide no sólo en los calendarios tempranos de inicio de drogas, sino en los mayores impactos negativos de estos calendarios sobre los posteriores eventos que viven los sectores más desfavorecidos de la población, elementos que deben incorporarse en las discusiones de políticas de drogas.

Incorporar variables contextuales permite también evaluar qué escenarios brindan mayores oportunidades de uso de drogas para los y las jóvenes, y qué acciones se pueden emprender para disminuir la oferta. Finalmente, la inclusión de estas variables también permite desnaturalizar los estigmas frente a los usuarios pobres, quienes resultan ser los más visibles, pero no por ello los únicos en el universo amplio y diverso de usuarios de drogas.

6.1.4 La acumulación de desventajas en el curso de vida individual.

En términos generales, la perspectiva del curso de vida aplicada al estudio de la relación uso de drogas – VIH permitió evidenciar el proceso de acumulación de riesgos y vulnerabilidades en los sujetos participantes de este estudio a lo largo de sus biografías.

Sin embargo, la mayoría de los participantes en este estudio compartían condiciones de vulnerabilidad antes de iniciarse en el uso de drogas. El cumplir con las expectativas sociales del ser varón resultó, de entrada, un factor que jugó un rol importante en la conformación de los riesgos aquí estudiados. Las normas tradicionales de género los llevaron a ser proclives a iniciar el uso de drogas, a cuidar poco su salud y a involucrarse en prácticas riesgosas para validar su masculinidad ante otros varones. El vivir en Ciudad Juárez, Tijuana y/o Hermosillo, y en unos barrios particulares dentro de estas ciudades, los expuso a unos ambientes de mayor disponibilidad de drogas y de mayor permisividad frente a su uso. El pertenecer a la generación más joven los ubicó en un contexto de mayor violencia, mayores dificultades de inserción en el mercado laboral formal, mayor acceso a una diversidad de drogas en los mercados locales, incluyendo drogas con mayor capacidad de daño a la salud. Su origen social medió el impacto tanto de las características

anteriores como de los eventos que constituyen sus trayectorias de uso de drogas. Así pues, la perspectiva de curso de vida me permitió vincular el estudio de los usos de drogas con el ámbito de los mercados ilegales de drogas y el de las instituciones.

De este modo, discutí ampliamente en el análisis narrativo que cuando se inicia la trayectoria de uso de drogas, la desigualdad ha marcado las vidas de la mayoría de estos sujetos y el uso de drogas no hace más que agudizar las vulnerabilidades y condiciones de exclusión pre-existentes. Si a ello se suman eventos que conforman una trayectoria criminal, las posibilidades de escapar de la espiral de la exclusión son mínimas, y al final tenemos una trayectoria que confirma los pronósticos contruidos sobre esta población desde el estigma erigido por los discursos hegemónicos: sujetos con dependencia a las drogas, infectados por VIH, muertos por causas asociadas al SIDA.

El aporte más relevante de esta tesis fue plantear la relación entre los conceptos de ambientes de riesgo –proveniente de la epidemiología– y estilos de vida –proveniente de la antropología médica– bajo el marco amplio de la perspectiva de curso de vida. Lo anterior, sumado a la mirada amplia y dinámica que aporta el lente demográfico, permitió visibilizar cómo cada generación estuvo expuesta a constreñimientos y características históricas particulares que configuraron ambientes de riesgo al VIH, ambientes que forjaron sus estilos de vida y su transformación en el tiempo.

6.2 Más allá de las drogas y el VIH está la vida: Un diálogo en torno a los riesgos y los estilos de vida

Entender los “comportamientos de riesgo” en el marco de los “ambientes de riesgo”, subraya la necesidad de comprender las situaciones sociales, las estructuras y los lugares desde los cuales el riesgo es producido, dejándolo de concebir como una decisión individual en el marco de una interacción en el aquí y el ahora. Sin embargo, como lo advierten Rhodes y colaboradores (2005), los factores estructurales no se asocian con la infección al VIH de manera lineal, sino que son resultado de fuerzas sociales que operan sobre múltiples niveles y que suelen tener efectos contradictorios o sinérgicos sobre las tasas de infección, de ahí la importancia de comprender cómo se producen los riesgos localmente. Justamente el concepto de estilos de vida, al ser una instancia mediadora, permite transitar entre dimensiones y niveles de realidad.

Rastrear y analizar los estilos de vida de la población permite comprender cómo se van tejiendo esas fuerzas sociales en las biografías de los sujetos y cómo son vividos y significados los riesgos local e individualmente.

Los estilos de vida son “hábitos constitutivos de los modos de vivir de una población, de su forma de estar en el mundo, de relacionarse con otras clases, con las instituciones sociales y con los servicios de salud” (Menéndez, 1998:52), que están en función de su pertenencia a un determinado sector socio-cultural. Entendidos como *habitus*, los estilos de vida “abarcen la dimensión social, expresado en los códigos social y culturalmente instituidos, que impactan y forman la conducta y sentimientos individuales cuyos patrones se transforman con el cambio de las generaciones y denotan disposiciones compartidas por la mayoría de los miembros de una sociedad. La dimensión individual, se refiere a las disposiciones emocionales y de conducta específicos de una persona” (Salles, 2003:107).

Desde los estilos de vida, no se pueden separar los “comportamientos de riesgo” de las condiciones en las que el sujeto produce/reproduce su vida. En palabras de Menéndez (1998:49), “el estilo del sujeto es su vida y no sólo un riesgo específico”. En esta tesis, la construcción de relatos que dieron cuenta de los estilos de vida de diferentes generaciones de usuarios de inyectables en Hermosillo, permitió comprender cómo se fue configurando generacionalmente la centralidad del uso de drogas en esta población de varones, dándole además un contexto histórico y biográfico a los comportamientos de riesgo en los que se involucraban los sujetos a lo largo de su curso de vida y los ambientes de riesgo que se iban configurando de manera diferencial para cada generación.

Para Menéndez (1998), las elecciones individuales en términos de uso/no-uso de drogas, compartir/no-compartir jeringas, usar/no-usar condón, no deben separarse de las condiciones estructurales que las posibilitan, ni de las políticas sociales que incrementan las desigualdades socioeconómicas y la disrupción de las redes sociales, ni de las prácticas cotidianas que enconan la desconfianza frente a las instituciones y los funcionarios públicos.

Por ejemplo, la literatura ha mostrado cómo la mayor criminalización de los usuarios de drogas se asocia a mayor prevalencia de comportamientos de riesgo como el uso compartido de jeringas (Beletsky et. al, 2012; Beletsky et. al, 2013) y a usar drogas en picaderos, espacios donde se es más proclive a compartir las jeringas (Strathdee et. al, 2008).

En este estudio, los datos arrojaron que Ciudad Juárez es la ciudad donde se encuentra mayor prevalencia de VIH en la población PID (7.2%), mayor prevalencia de uso compartido de jeringas (40%), donde los usuarios reportaron usar una misma jeringa en mayor número de ocasiones (73% reportó usar en promedio la misma jeringa más de tres veces) y donde los usuarios reportaron mayor dificultad para acceder a jeringas estériles (32% consideró difícil o muy difícil conseguir jeringas nuevas).

El modelo de regresión logística mostró que aquellos usuarios que reportaron haber sufrido confiscación de jeringas por parte de la policía, tuvieron 81% mayor probabilidad de haber compartido jeringas en comparación con aquellos que no sufrieron este acoso. Justamente fueron los participantes de Ciudad Juárez quienes, en comparación con los de Tijuana y Hermosillo, reportaron en mayor proporción haber padecido confiscación de jeringas por parte de la policía.

Aunque resulta de vital importancia conocer estas diferencias en los comportamientos de riesgo reportados por ciudad, esta descripción epidemiológica de los riesgos por sí misma no logra explicar los diferenciales encontrados, ni por qué siguen existiendo estas prevalencias tan altas a pesar de los esfuerzos institucionales en materia de prevención de VIH implementados en los últimos años.

Por ejemplo, es necesario considerar en el análisis que Ciudad Juárez es una de las ciudades donde se ha aplicado con especial dureza la política contra las drogas desde 2005, viviendo bajo control militar entre 2006 y 2010, y donde se han reportado agudos episodios de violencia hacia usuarios de drogas por parte de los cárteles que se disputan el control territorial y por parte de las policías y militares. Así mismo, se menciona que con la llegada de Julián Leyzaola como jefe de policía municipal en 2011, aumentaron las violaciones a derechos humanos en la ciudad (Dudley, 2013). Llama especialmente el aumento sin precedentes de los arrestos por delitos menores, pues, mientras en enero del 2011 la policía arrestó a 1,462 personas por delitos menores, en julio del 2012 esa cifra llegó a 13,568 (Dudley, 2013).

Es posible pensar que este contexto violento expuso a las PID a niveles más altos de acoso y violaciones de sus derechos humanos, incluido el derecho a la libre movilización y el acceso a jeringas estériles, y ello tuvo un impacto importante en sus comportamientos de riesgo y, por tanto, en su vulnerabilidad al VIH.

De otro lado, el concepto de estilos de vida permite de-construir la noción de riesgo y visibilizar las resistencias que ejercen los sujetos participantes de este estudio desde su condición

de subalternidad. Esta perspectiva da cuenta no sólo de lo que “quitan” las trayectorias de uso de drogas, sino de lo que aportan a la construcción de sentidos en las vidas de los participantes. Lo cual se logra al explicitar lo que las drogas y los “comportamientos de riesgo” significan para las poblaciones que se estudian, cómo son producidos esos comportamientos en sus prácticas cotidianas y en sus redes de sentido. Este ejercicio permite escapar -como lo plantea Epele (2010)- de asumir que hay una relación lineal entre pobreza, uso de drogas y riesgos, y evita caer en miradas victimizantes frente a los usuarios, en tanto el énfasis está puesto en la vida total de los sujetos y no sólo en dichos “comportamientos de riesgo” o en las fatalidades acumuladas a lo largo de la vida.

Así, los relatos mostraron que las drogas favorecían el manejo de ciertas emociones que resultaban inconvenientes en los contextos de vida de estos hombres. Como bien lo expresa Menéndez (1998:58), “las poblaciones producen y manejan saberes preventivos no sólo para enfermedades denominadas tradicionales, sino para todas aquellas a las cuales ven como amenazantes”. En este contexto, lo amenazante es el miedo, y la incertidumbre, que contradicen la certeza y determinación que exigen las normas sobre las masculinidades hegemónicas.

Los relatos mostraron también cómo la conversión del miedo o incertidumbre en ira y arrojo a través del uso de sustancias, ha sido favorecido no sólo por la alta disponibilidad de drogas en el barrio, sino también por un entorno social permisivo y acostumbrado a su uso. Encontré que no sólo las nuevas generaciones hacen uso de las drogas, sino que también lo hacían sus padres y sus abuelos, apoyados por las prácticas médicas de la época para el manejo de la ansiedad. Así, la medicalización de las emociones – proceso favorecido por la práctica médica -, fue instituyendo en estos sujetos y sus contextos un *habitus* en relación con el manejo de las mismas a través del uso de pastillas psicotrópicas. La llegada de “drogas duras”, como la cocaína, la heroína y posteriormente el cristal, vinieron a ampliar la oferta de alternativas en un mercado ya creado décadas atrás. Un mercado que creció ante la ausencia de programas comunitarios de salud mental, la escasa presencia institucional, la relación ambigua con las instituciones y la ley, y la carencia de condiciones sociales que garantizaran la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía.

El uso de drogas facilita también la vivencia de experiencias placenteras, que se fueron volviendo más y más esquivas para los varones de este estudio. Por un lado, se fueron agudizando los constreñimientos económicos de sus familias, y por el otro, se fueron viendo recludos en los límites del barrio, con pocas oportunidades de establecer intercambios con el exterior. A través del

placer experimentado con las drogas, esos límites y constreñimientos eran superados. Las drogas les permitían sentirse invencibles, poderosos, logrando así revertir las lógicas de la exclusión y la discriminación que formaban parte de su cotidianidad.

Otro aspecto consiste en que las drogas brindan un orden a una cotidianidad árida y vacía, marcan tiempos y ritmos. Hay drogas para la mañana y otras para la noche. Drogas de semana y de fin de semana. Se usa marihuana en la mañana para alivianarse, pastillas en la tarde para superar el sopor del día y cristal en la noche para delinquir o estar de fiesta. Se huele un poco de cocaína o se fuma cristal el fin de semana. Por fuera del uso de drogas todos los días son iguales.

Además, las drogas les ofrecen una identidad de usuario que les permite sentirse orgullosos de sí mismos por su resistencia, por su capacidad de consumo y/o, por su habilidad para obtener las sustancias. A través de ello, se forjan un estatus al interior de su grupo de referencia que los inviste de respeto y les permite lograr intercambios, especialmente cuando se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. En ocasiones, cuando están fondeando, el recuerdo de lo que fueron les permite acceso a unas gotas de heroína, a un cigarro, o a participar en una conversación sin ser objeto de burlas. Pero el estatus también les permite acceder más fácilmente a algún negocio que redundará positivamente en su situación económica, aunque sea por un corto periodo de tiempo, y también les da acceso a redes de protección y seguridad que los mantiene no sólo con vida, sino también fuera de prisión.

Finalmente, pero no menos importante, las drogas les dan acceso a una economía a través de la cual logran satisfacer algunas de sus necesidades y en algunos momentos de su curso de vida, logran alcanzar los ideales que les marcan los discursos hegemónicos sobre el éxito y lo que es ser hombre.

En este contexto, los riesgos que se asumen durante las dinámicas de uso intenso de drogas pasan a un segundo plano, pues el VIH se vislumbra como un riesgo lejano ante la inminencia de la muerte violenta, ante lo vergonzante de la muerte social, ante el dolor físico y emocional que genera el síndrome de abstinencia.

Es partiendo del reconocimiento de la centralidad que tienen las drogas en el mundo de vida de los sujetos, su sentido y funcionalidad, que es posible ofrecer alternativas viables de cuidado de la salud y de reducción de riesgos y daños asociados al uso de drogas. Alternativas que, además, tengan sentido para los usuarios en un marco de respeto a sus derechos fundamentales.

De este modo, no es que no sea importante medir las prevalencias de los comportamientos de riesgo. Es necesario conocer estos indicadores para tener fotografías de la dimensión de la problemática que aquí estudiamos. Pero también es necesario considerar que la mera descripción de dichas prevalencias, no ofrece herramientas para comprender las complejas relaciones que subyacen a ellas, como los sentidos que tejen las prácticas sociales de consumo en las vidas de los sujetos.

6.3 Metodología Mixta, una herramienta para el ejercicio de una epidemiología sociocultural

Quise entonces profundizar en el caso de Hermosillo para comprender cómo se producían los estilos de vida de los consumidores en esta ciudad, de modo que pudiera aportar elementos para aprehender las complejidades que subyacen a los diferenciales en las prevalencias de VIH y a los comportamientos de riesgo observados para esta ciudad, al compararla con Ciudad Juárez y Tijuana. El diseño metodológico que mejor me acercaba a las respuestas que buscaba era la metodología mixta.

Como bien lo expresa Maher (2002:321) “los datos epidemiológicos nos advierten de la vulnerabilidad, pero no nos dicen nada sobre lo que está pasando aquí o allá. La investigación etnográfica tiene la capacidad de “desempacar” las vulnerabilidades marcadas por los datos epidemiológicos, identificar los contextos dinámicos de creencia y acción y el rol de las disyuntivas culturales y los vínculos local/global en la determinación de la salud de las poblaciones”.

Es por ello que me embarqué en la aventura etnográfica en Hermosillo, pues los datos de la encuesta no me daban para comprender los por qué de las relaciones subyacentes. Por ejemplo, a pesar de que los usuarios de Hermosillo tenían menor probabilidad de compartir jeringas en comparación con los usuarios de Tijuana y Ciudad Juárez, la prevalencia de VIH era mayor en ellos en comparación con los de Tijuana. Analizar en profundidad la totalidad de las vidas de los sujetos, sus emociones, sus narrativas, sus interacciones y los significados y prácticas en el contexto, me aportó nuevas pistas sobre la relación entre consumo de drogas y VIH.

6.3.1 Los aportes de la etnografía a la epidemiología de la relación entre uso de drogas y VIH

A pesar del poco tiempo transcurrido en campo, los datos etnográficos fueron cruciales para conocer cómo transcurrían las vidas cotidianas de los participantes en este estudio, las decisiones que tomaban en su cotidianidad y cómo se construían y se vivían los ambientes de riesgo desde las interacciones con sus pares, con las instituciones y sus contextos. Así mismo, la exploración etnográfica me facilitó conocer las dinámicas en las que se da la rápida expansión del uso de inyectables, especialmente en las generaciones más jóvenes de usuarios, así como a comprender las relaciones de poder que están detrás del uso compartido de jeringas.

Por ejemplo, pude comprender que la iniciación en el uso inyectado de drogas se da a través de un “mentor”, quien no sólo prepara la dosis, sino que realiza la inyección, con la misma jeringa con la que él previamente se ha inyectado. Su condición de experto en el campo de las drogas inyectadas lo inviste de un poder del que carece el novato y es por ello que es el último en usar la jeringa, exponiéndose de manera importante al riesgo de infectarse de VIH o VHC.

Así mismo, comprendí que el estar “fondeando”¹⁴⁹, es un tipo de experiencia de muerte social, en la que los usuarios, desprovistos de cualquier atributo de poder, no sólo están dispuestos a recibir unas pocas gotas de heroína contaminada en jeringas con sangre, sino también a levantar algodones con sangre y otros elementos del equipo de inyección buscando algunas gotas de la droga para aliviar el síndrome de abstinencia. Esta exploración por las relaciones de poder, está comúnmente ausente en el análisis epidemiológico de los comportamientos de riesgo.

La exploración etnográfica me permitió además conocer cómo han cambiado las dinámicas de la compra-venta-uso de drogas en los mercados locales de Hermosillo y cómo ello se puede asociar al rápido aumento del uso de inyectables en esta ciudad y al rápido aumento de la incidencia de VIH en esta población.

Igualmente, el trabajo etnográfico me permitió observar cómo el mayor peligro que implica viajar a Estados Unidos a través de Tamaulipas y Ciudad Juárez por el control que ejercen los carteles del golfo y la línea, así como los Zetas y diversas pandillas en estos territorios, ha llevado a aumentar la presencia de migrantes en Hermosillo. Estos migrantes penetran en las redes locales

¹⁴⁹ Fondear significa que se han agotado las estrategias para financiar el estilo de vida caracterizado por un intenso uso de drogas, que su cuerpo y sus relaciones con los demás se deterioran a un extremo insostenible, y que empiezan a ser cada vez más marginalizados en su propio círculo de compañeros usuarios de drogas. Dejan de tener fuerzas para sobrevivir y dinero, por lo tanto, pierden valor en el único espacio donde eran valorados. La búsqueda de placer se transforma en la búsqueda por evitar el dolor. Empiezan a considerar entonces que tienen un problema con la sustancia

de usuarios de inyectables en situación de mayor vulnerabilidad, aumentando con ello las probabilidades de difusión de la epidemia.

Pude constatar también que, después de la finalización del proyecto del Fondo Mundial para la lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria en 2013, hubo una reducción importante de las intervenciones de reducción de daño que se prestaban en la ciudad desde 2010. Estas intervenciones incluían el intercambio y distribución de jeringas, el acceso libre a metadona y la realización de pruebas gratuitas de detección de VIH en lugares de encuentro. Con ello no sólo se acercaban los servicios de salud a los usuarios, confrontando los imaginarios de desconfianza existentes hacia éstos, sino que además se difundía en sus espacios de encuentro un mensaje de inclusión social y acceso a derechos. Tras el fin del financiamiento del Fondo Mundial, el tratamiento con metadona volvió a ser inaccesible para un sector de población inyectora y las jeringas volvieron a escasear en campo.

Por su parte, a través de la revisión de la historia del narcotráfico en México pude vislumbrar la importancia que ha ido ganando Hermosillo a partir del 2000, con el mayor peso que han adquirido los puertos del océano Pacífico para el trasiego de cocaína y la relevancia que ha ganado Phoenix como destino de cocaína y heroína, y como ruta hacia otras ciudades del centro-sur de Estados Unidos. Esta mayor importancia de Hermosillo en las rutas transnacionales del tráfico de drogas se puede asociar con el aumento en la disponibilidad de drogas en la ciudad, particularmente de heroína y cristal, y la mayor presencia y control territorial de organizaciones del crimen organizado en los barrios del norte de la ciudad.

Todos estos aspectos en su conjunto aportaron elementos para comprender relaciones subyacentes y significados que ayudan a interpretar los resultados cuantitativos. Esa comprensión aporta indicios para entender, por ejemplo, los diferenciales encontrados en Hermosillo, en comparación con Tijuana y Ciudad Juárez, en términos de prevalencia al VIH y velocidad en el paso de drogas no-inyectadas a inyectadas.

Como bien lo expresa Bourgois (2002:261), “todos los métodos para administrar protocolos de entrevista epidemiológica tienen ventajas y desventajas. No hay una sola forma correcta de preguntar sobre temas que constituyen tabúes sociales como el sexo, drogas, crimen y autoestima”. Por ello, la combinación del análisis cuantitativo de la encuesta, con el trabajo etnográfico y la recuperación de la historia de formación de los barrios, de la institucionalidad en torno al VIH y el uso de drogas y del narcotráfico, a través del diseño mixto de esta investigación

permitió dar mejor cuenta de cómo se imbrican los diferentes niveles y dimensiones de la realidad en la relación drogas y VIH.

En síntesis, los relatos y narraciones evidencian cómo ante la retirada gradual del Estado como agente de aplanamiento de las desigualdades sociales y la mayor erosión de los vínculos sociales tanto al interior del barrio como con actores externos a él, las drogas fueron tomando mayor protagonismo en la construcción del mundo social y cultural de los jóvenes pobres de Hermosillo. La aspiración de bienestar fue reemplazada por el anhelo de consumo. Los patrones intensos de uso de drogas en las generaciones más jóvenes se pueden interpretar como maneras de enfrentar localmente los sentimientos cotidianos de incertidumbre, disolución y la desolación y desde ahí podemos entender el rápido aumento del uso de drogas inyectadas en esta ciudad, al punto de considerarla una epidemia.

Por su parte, el mayor poder que fue conformando el narcotráfico en el país y los conflictos internos de los diferentes grupos del crimen organizado, favorecieron la llegada a Hermosillo de la violencia organizada en este contexto complejo de pobreza, desigualdad barrial y vida al margen de la ley. La auto-medicalización de la vida cotidiana y la calidad y el efecto de las “drogas para pobres”, como el cristal, aumentaron la vulnerabilidad de los más jóvenes y sus riesgos de enfermedad y muerte.

6.4 El riesgo de ser varón y pobre: La normalización de la muerte joven

“Lejos de igualar, la muerte señala de modo salvaje y evidente los modos en que la desigualdad económica, política y social, produce individuos cuya muerte es menos que una muerte” (Agamben, 2000)

Ser hombre y pobre en el barrio es en sí mismo el principal contexto de riesgo al que se enfrentan los jóvenes de las nuevas generaciones en México. Riesgos que incluyen la posibilidad de infectarse de VIH, aunque van más allá de ella, implicando la sobrevivencia misma.

Durante los seis años que he estado en contacto con la población de varones inyectores de Hermosillo, he sido testigo de la muerte de por lo menos una docena de ellos. Durante el ejercicio mismo de este trabajo de investigación, dos de los entrevistados murieron y uno más falleció el día en que acudía a realizar la entrevista. Los relatos recogidos están llenos de alusiones a la muerte de sus pares y en todos ellos está presente cierta sorpresa ante su supervivencia y la pregunta sobre qué los mantiene con vida.

Poco se sabe del impacto de estas muertes en la estructura demográfica de las ciudades y los barrios, en las dinámicas y estructuras familiares, y en la reproducción misma de la pobreza en el país. A nadie parece interesarle ni sorprenderle. Lo cierto es que estas muertes jóvenes dejan viudas jóvenes y huérfanos a temprana edad, lo que lleva a conformar nuevos arreglos familiares para sobrevivir y a buscar estrategias de sobrevivencia casi siempre entre la ilegalidad y la informalidad. En las madres y viudas estas muertes suelen generar una sobrecarga de emociones y tareas que las lleva a profundos estados de depresión, y en las cuales la solidaridad de las vecinas les ayuda a cubrir el día a día¹⁵⁰. En los pares hombres, las muertes de amigos y familiares dejan un resentimiento profundo y deseos de venganza, que en muchas ocasiones redundan en prácticas intensas de uso de drogas o en el involucramiento en actividades violentas, aumentando sus propias probabilidades de morir.

Las madres y viudas tienen más espacio para llorar estas muertes en comparación con los hombres, gracias al novenario que siempre se reza y en el que se reúnen principalmente mujeres, vecinas y amigas a orar por el descanso eterno del fallecido. Durante la novena se habla del ausente, se reconocen sus hazañas y sus faltas, se ríe, se llora y se comparte solidariamente café, refresco, algo de comida. Entre los hombres no está bien visto llorar, se recuerda al ausente y se cuentan una y otra vez los detalles de su muerte. Después de un tiempo, ya no se habla más de esa muerte. Pero, ¿a qué responde esta normalización de la muerte joven en el barrio?

Los relatos mostraron cómo, en el paso de una generación a otra, la producción y profundización de la desigualdad y la vulnerabilidad social, y la expansión del uso de drogas en el barrio, modificaron las prácticas y los discursos de contención y regulación social, de autocuidado de la salud y del manejo de las emociones, así como las estrategias mismas de generación de ingresos de los sujetos y los grupos familiares, sustituyendo la solidaridad por el individualismo, la necesidad por la urgencia, lo informal por lo ilegal, convirtiendo la esperanza en emergencia y normalizando la muerte (Epele, 2010).

En términos de regulación social, los relatos mostraron cómo el control que ejercía el mundo adulto fue reemplazado por la presencia cada vez más cotidiana de la policía que presidía medidas ejemplarizantes en los jóvenes “desviados”. Medidas que terminaron ayudando a formar

¹⁵⁰ “En los días que fui al novenario me pude dar cuenta que en ocasiones no tenían nada que comer. Eran las vecinas quienes llevaban el café, el refresco y lo que se compartía en el novenario y quienes le daban dinero a la doliente para comprar de comer”. Notas de campo. Octubre, 2014.

el estereotipo del joven popular urbano, asociado a características como peligroso, pandillero y ladrón a finales de los noventa. En la última década, las acciones de la policía si bien siguen siendo ejemplarizantes, aparecen ligadas al crimen organizado, implicando la tortura, desaparición y aprehensión selectiva de aquellos jóvenes que no se alinean a las nuevas reglas que implica el control territorial de organizaciones delincuenciales en el barrio. Este aumento de control criminal y policías corruptos erosiona –como ya lo mencioné– no sólo la confianza en las instituciones y el Estado, sino las mismas relaciones al interior del barrio, validando el individualismo como valor de supervivencia en un contexto hostil, donde sólo quien es fuerte – es decir, quien tiene armas y/o dinero y se somete al control criminal- sobrevive.

Al tiempo, la precarización de los salarios y la dificultad que experimentan estos jóvenes pobres para acceder al mercado laboral, se traduce en cada vez mayores dificultades para responder por el rol de proveedor, principal lugar desde donde – independientemente de la generación -, los narradores construyen su identidad como hombres. El ejercicio de la violencia se va tornando, por un movimiento compensatorio, en el principal elemento alternativo para construir sus identidades masculinas.

En este contexto, las formas de masculinidad que se construyen desde un discurso autoritario y que valorizan aquellas prácticas donde la valentía, el coraje, el respeto, el consumo y el dinero son sinónimos de virilidad, se convierten en hegemónicas. El uso de drogas se torna funcional a la *performancia* de estas masculinidades, precisamente porque permiten la supresión de ciertas emociones – como el miedo y la tristeza – y la exaltación de otras – como la ira -, al tiempo que enmascaran la timidez y el sentimiento de inferioridad tras una apariencia de valentía y arrogancia. Pero al mismo tiempo, el uso de drogas en estos contextos de violencia aumenta los riesgos de morir.

La muerte como una realidad cotidiana aumenta los sentimientos de incertidumbre, angustia y ansiedad, y el uso creciente de drogas es casi la única herramienta con la que cuentan los narradores para enfrentar dichas emociones, pero también para ejercer resistencia a la opresión y desde donde experimentan placer. Conformando un ciclo complejo de uso de drogas, violencias y muerte.

Así pues, las muertes jóvenes no pueden ser explicadas desde una perspectiva del riesgo personal, o de vulnerabilidad individual, que hace énfasis en las experiencias traumáticas vividas por los sujetos y en sus conductas desviadas o inadecuadas. Más bien, responden a la

transformación del escenario barrial y los estilos de vida en un contexto de riesgo a lo largo de cuatro décadas, en las que la eventualidad de la muerte joven se ha vuelto una condición crónica, consecuencia de las experiencias cotidianas de humillación, internalización de estigmas, falta de proyectos de futuro, violencia, opresión y pobreza. Los intercambios sociales en este ámbito se fueron tornando más riesgosos por el aislamiento, el deterioro de las relaciones de solidaridad, la carencia de opciones de ingresos laborales, el control de las organizaciones criminales, el incremento de la violencia y la corrupción policial.

Junto con el incremento de la distribución y la menor calidad de las drogas disponibles, tales condiciones contextuales propiciaron los inicios más tempranos de uso de drogas, el uso más intensivo, el paso rápido al consumo de drogas inyectadas, la dependencia más extrema, la mayor necesidad de inyecciones frecuentes y el consiguiente aumento del uso compartido de jeringas en condiciones de pérdida de conciencia, malestar extremo o encierro. Frente a este escenario desolador, la presencia institucional y sus esfuerzos se han visto desbordados, sin que los recursos con que se cuenta para este fin permitan balancear de alguna manera la situación, disminuyendo los riesgos y daños de estas transformaciones sociales en las vidas de los jóvenes populares urbanos de Hermosillo, Ciudad Juárez y Tijuana.

Las experiencias de uso de drogas de los narradores y sus impactos en sus condiciones de salud y muerte encarnan así los procesos sociales y locales que ha vivido México y que han llevado de manera paulatina, pero definitiva, a la multiplicación y normalización de los peligros para la supervivencia de los varones pobres. Las muertes de estos jóvenes –sea por violencia, por SIDA, por problemas hepáticos, por accidentes, suicidio o sobredosis – dado que están por fuera de la legitimidad social y legal, son auto condenatorias y como tales, no merecen ser esclarecidas ni reparadas. Antes bien, parecieran materializar una política de facto frente a esta población excedente, dejar que se maten o se mueran.

Antes de llegar a la muerte física, la mayoría de los sujetos han experimentado la “muerte social”. Esto es, la pérdida de relaciones, espacios y recursos vinculada con el uso intenso de drogas inyectadas, lo que permite legitimar y naturalizar más fácilmente su muerte física. La estigmatización del uso de drogas y jeringas termina así enmascarando los procesos de exclusión, marginación y sufrimiento social en los que se pelean la vida estos jóvenes usuarios de drogas de barrios pobres del norte del país. Tal proceso de estigmatización, genera una individualización de las causas de su destrucción, así como la auto-responsabilización de sus muertes, aniquilando así,

tal como lo plantea Epele (2010), cualquier oportunidad de resistencia colectiva y construcción de alternativas sociales.

6.5 Implicaciones de política pública

Finalmente, quisiera cerrar esta tesis con algunas propuestas derivadas de estas reflexiones, organizadas en torno a dos preguntas: cómo mejorar el sistema de información y vigilancia epidemiológica del uso de drogas y cómo mejorar la oferta de servicios en prevención y tratamiento del uso problemático de drogas y para la prevención y tratamiento del VIH con población PID.

6.5.1 Los datos sobre uso de drogas

Como punto de partida, es necesario reconocer la dificultad de hacer epidemiología del uso/abuso de drogas, en primer lugar, por la naturaleza ilegal de algunas drogas, lo que genera que sea una práctica socialmente estigmatizada y por lo tanto se realice en la clandestinidad. En segundo lugar, la distinción entre legal/ilegal es en sí misma problemática, pues cambia con el tiempo y el contexto, como describí en el capítulo sobre la historia del narcotráfico en México. Y, aún si la sustancia es legal, su uso puede estar más estigmatizado en algunas poblaciones, lo que genera un sub-reporte de su práctica, como en el caso del alcohol en mujeres o del uso de tranquilizantes en hombres (Gil, Romo, Poo, Meneses, Markez y Vega, 2005). En tercer lugar, los parámetros médicos desde los cuales se definen uso no-abusivo vs. uso abusivo de sustancias no están libres de debate.

A pesar de estas limitaciones, desde 1990 México cuenta con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). El SISVEA integra anualmente datos de los centros de tratamiento no gubernamentales y gubernamentales, los consejos tutelares de menores, los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO) y los servicios de urgencias de los hospitales públicos participantes en el sistema, así como datos de las Encuestas Nacionales de Adicciones que se levantan cada cinco años y los datos de encuestas de uso de drogas a estudiantes de secundaria y preparatoria que levantan algunas entidades federativas de manera regular.

Si bien se reconoce la importancia de los datos que recopila el SISVEA y los aportes de las encuestas para conocer tendencias de uso, patrones de uso según tipo de droga y factores contextuales, identifiqué dos problemas del tipo de información que nutre al Sistema. La falta de

homogeneidad de la información y la falta de un enfoque comprehensivo frente al fenómeno de uso de drogas.

Con respecto a la falta de homogeneidad de los datos, conviene destacar que, aunque desde 1994 la notificación de datos adquiere carácter obligatorio con la Norma Oficial Mexicana 017, aún hoy pareciera que no es prioridad de los estados realizar un levantamiento riguroso de esta información. Además de ello, no todos los centros de rehabilitación ni los hospitales de la República alimentan el Sistema y -por la manera en que los datos son reportados-, pareciera que su vinculación y el reporte de información son voluntarios, sin embargo, no están disponibles los criterios de participación, ni el listado de centros y hospitales participantes, por lo que la información no sólo es parcial, sino que no hay forma de dimensionar sus sesgos.

Peor aún, muchos de los centros de rehabilitación no cuentan con un registro sistematizado de los usuarios que atienden, de modo que no es fácil establecer estimaciones de población o incluso saber cuántas veces una misma persona es ingresada en un centro anualmente. En los centros tampoco se recoge información sobre la vía de administración de las drogas, por lo que siempre estamos haciendo demasiados supuestos para tener una idea del número de inyectores.

En ese sentido, es de vital importancia tener un solo instrumento que se aplique en todos los servicios que nutren al SISVEA. Por ejemplo, el *Addiction Severity Index* (ASI) es una herramienta que se levanta en todos los centros de tratamiento de Estados Unidos y Europa. En comparación con los instrumentos que se levantan actualmente en hospitales, consejos tutelares y centros de rehabilitación en el marco del SISVEA, el ASI no implicaría la incorporación de demasiadas preguntas adicionales, pero si aportaría un mejor conocimiento de la historia de los sujetos y su situación de uso de drogas más allá de los 30 últimos días. Tener un solo instrumento permitiría además comparar los perfiles de los sujetos de las diferentes instituciones que reportan y compararlos con las características de otros usuarios de drogas/alcohol en el mundo. Adicionalmente este tipo de instrumento, facilitaría la identificación de PID y personas con uso problemático de drogas y su canalización a servicios de salud.

Ahora bien, una visión comprehensiva del uso de drogas, implica considerar esta práctica enmarcada en el curso de vida del sujeto y, por tanto, requiere incorporar en los instrumentos preguntas que indaguen sobre las trayectorias de uso y las condiciones de los sujetos al momento de vivir los eventos. Ello permitirá comprender con mayor profundidad y constatar las relaciones de causalidad que suelen establecerse entre uso de drogas y condiciones problemáticas (por

ejemplo, bajo rendimiento escolar, malestar emocional, problemas laborales, etc), así como identificar qué otras características de las condiciones de vida del sujeto se pueden asociar con dichas problemáticas.

Así mismo, una visión comprehensiva del uso de drogas requiere incluir en los instrumentos información referente a las condiciones residenciales, historia reproductiva y antecedentes penales y de tratamiento de uso de drogas, así como la valoración subjetiva del sujeto frente a su condición de uso de drogas/alcohol y los problemas asociados a ello. Cuando los instrumentos se centran exclusivamente en el uso de drogas, olvidan que los sujetos son entidades totales y que, por tanto, las diferentes dimensiones de su vida participan y se ven afectadas por sus dinámicas de uso de drogas, por lo que deben ser tenidas en cuenta tanto en el análisis de la problemática como en el diseño de alternativas de tratamiento. Adicionalmente, centrarse exclusivamente en la detección de prevalencias de uso, no permite discernir qué tanto la frecuencia de uso de drogas incide o no en el desempeño de las actividades de su vida diaria y en qué medida esa interferencia es significativa o no para el sujeto. Pareciera entonces que el supuesto base de los instrumentos es que a mayor frecuencia mayor problema, o bien, que todo uso es abuso, lo cual no necesariamente es cierto.

Ahora bien, al registrar sólo el uso de sustancias en los treinta días previos si bien agiliza la aplicación del instrumento para hacer vigilancia epidemiológica, pierde la oportunidad de identificar a usuarios ocasionales (aquellos que han usado alguna sustancia en los 12 meses previos) y profundizar en las características que operan como factores protectores de la condición de uso problemático en esa población, lo cual es de vital importancia para pensar las alternativas de tratamiento y prevención.

Finalmente, pero no menos importante, asumir una perspectiva comprehensiva del uso de drogas, implica reconocer cómo la condición de género afecta el reporte de esta práctica social y por tanto la necesidad de ajustar los instrumentos para que sean sensibles a estas especificidades¹⁵¹.

¹⁵¹ Romero (2007) plantea que los reactivos de dependencia no funcionan para mujeres, en tanto la mayoría de mujeres usan alcohol y drogas en el contexto privado de su hogar, lo que de alguna manera las protege de tener situaciones de riña o donde intervenga la policía, les permite tener acceso a dinero o a objetos para comprar drogas o alcohol y les permite tener un botiquín para curarse heridas generadas por accidentes en el hogar. Así mismo, las mujeres tienden a auto medicarse en mayor proporción que los hombres por lo que es poco probable que recurran a servicios de urgencias y prefieran acudir a una farmacia cercana. Finalmente, el uso de drogas está mucho más estigmatizado en mujeres que en hombres, lo que explicaría la menor tendencia a buscar tratamiento o acudir a un médico a causa de un accidente generado en el contexto de uso de drogas y/o alcohol.

6.5.2 La reducción de daños en el Norte de México

Los datos sugieren que el aumento del acceso a jeringas estériles es fundamental para abordar el riesgo de VIH entre PID en la región norte de México, y que ciudades como Hermosillo necesitan una inversión renovada en las intervenciones de salud pública para responder eficazmente a los daños graves relacionados con las drogas.

Existe pues una necesidad urgente de mejorar la respuesta institucional al VIH entre PID en el Norte de México y de manera especial en Hermosillo, mediante la promoción de programas comunitarios de reducción de daño y la creación de vínculos entre la población PID, organizaciones comunitarias e instituciones gubernamentales, para mejorar sus condiciones de salud y asegurar que sus derechos fundamentales sean promovidos y protegidos.

Los esfuerzos locales para abordar las lagunas en los programas de uso de drogas y VIH deben incluir un escalamiento de los servicios sostenidos de reducción de daños; una mayor coordinación entre los programas de prevención del VIH / SIDA y Centros contra las Adicciones (CENADIC); la integración de la prevención del VIH en la atención que se ofrece en los centros de rehabilitación públicos y privados; y un compromiso gubernamental sostenido para garantizar el acceso a intervenciones de tratamiento de drogas basadas en evidencia, tales como el tratamiento con sustitución de opiáceos (por ejemplo, la terapia de mantenimiento con metadona) y regular de manera más eficiente el funcionamiento de los centros de tratamiento de autoayuda para evitar potenciales violaciones a los derechos fundamentales.

Sin embargo, es importante reconocer también que la manera cómo se ofrece el tratamiento con metadona puede motivar o no la adherencia al mismo. En ese sentido, se hace necesario recoger las voces de los usuarios frente a los efectos secundarios, a la manera cómo son administradas las dosis, a los pagos que les impone las clínicas privadas que ofrecen este servicio y las lógicas administrativas que dificultan el acceso de la población a este medicamento. El tratamiento de metadona es un derecho humano, y por tanto, debería ser público y gratuito.

En 2015 CENSIDA publicó una guía para la implementación de programas de reducción de daños, sería muy pertinente evaluar en qué medida los servicios actuales se adecúan a lo que plantea la guía, cómo aumentar la cobertura en la población más vulnerable y cómo ofrecer una atención integral.

Existe una necesidad urgente de garantizar el acceso universal a la terapia antirretroviral para las PID, independientemente del uso continuo de drogas. Ello requiere diseñar programas de

sensibilización y capacitación al personal de salud para eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas que se inyectan drogas y generar estrategias de acercamiento a organizaciones de base comunitaria que tienen relación cotidiana con la población y que podrían acompañar las estrategias de adherencia a tratamiento para el VIH, así como a las hepatitis y la tuberculosis.

Los programas de prevención del VIH deben buscar específicamente promover la conciencia sobre los derechos humanos y la reducción de daños entre la policía, las fuerzas militares y los funcionarios de salud, dado el papel que juega el estigma y la penalización del uso de drogas en la propagación del VIH entre PID en el norte del país

Así mismo, es urgente diseñar e implementar programas de salud mental a nivel comunitario, donde las familias y los sujetos tengan oportunidad de narrar los eventos dolorosos que han enfrentado, puedan hacer públicos sus malestares individuales y puedan construir estrategias de resiliencia.

Si consideramos que el problema del uso de drogas y la propagación del VIH entre la población de PID no es un problema de los usuarios, sino de las comunidades, es necesario promover la mayor participación de la comunidad en el diseño e implementación de proyectos específicos, como los de reducción de daños que aquí planteo. Es necesario también aumentar e integrar los servicios y programas que ofertan las instituciones de bienestar social, garantizando mayor presencia institucional en los barrios, para promover la reconstrucción de vínculos sociales.

Por último, es importante recordar que una política de reducción de daños pone en el centro la necesidad por generar una nueva legislación frente a las drogas donde los usuarios dejen de ser criminalizados y estigmatizados y se propongan abordajes alternativos, reconociendo que los principales efectos nocivos del uso de drogas son producto más del contexto de marginación y exclusión que de las drogas en sí mismas. En ese sentido, urgen establecer políticas de bienestar social que se piensen de manera estructural cómo garantizar los Derechos Humanos de segunda generación de los y las jóvenes de Hermosillo. El aumento en el uso problemático de drogas no disminuirá si el Estado Mexicano no asume el compromiso de garantizar educación, salud, trabajo digno, seguridad y recreación.

Mientras que México ya ha iniciado un proceso de reformas legislativas para avanzar hacia una política más amplia de drogas, la implementación de estos cambios ha sido lenta. A medida que estas reformas son adoptadas por los gobiernos en todos los niveles, deben hacerse esfuerzos para garantizar su conformidad con un enfoque basado en los derechos humanos que

fortalezca la capacidad de la sociedad civil para responder a los daños relacionados con las drogas de una manera eficaz y respetuosa y que permita tejer puentes entre las políticas de seguridad y las políticas de salud pública.

Anexos

Anexo 1. Estructura de la entrevista

Presentación:

Hola. Mi nombre es Angélica Ospina, soy estudiante de la Universidad y estoy haciendo un estudio sobre historias de uso de drogas en personas que usan drogas inyectadas aquí en Hermosillo. Básicamente me interesa conocer cómo llegan las personas a probar las drogas y como van pasando a probar otras drogas hasta llegar a su uso inyectado. Conocer estas historias es importante para ofrecer servicios de salud apropiados de acuerdo a las necesidades de los usuarios drogas en los diferentes momentos de su vida.

Consentimiento informado:

Si decides participar en este trabajo, debes saber que para poder recordar todas las cosas que me vas a contar, voy a grabar la entrevista en audio. Toda la información que me brindes es confidencial, yo no voy a apuntar tu nombre ni ningún otro dato de identificación tuyo y tampoco esta información personal va a quedar grabada en los audios. Podemos parar cuando tú lo decidas y si hay algo de lo que no quieres que se grabe me dices y paramos la grabación. La entrevista la vamos hacer en dos encuentros y cada vez nos vamos a tardar aproximadamente una hora hablaremos de tu historia con las drogas, de con quién te iniciaste, cómo fue ese proceso y lo que fuiste viviendo en cada momento. ¿Tienes alguna pregunta?, ¿Te gustaría participar?

Estructura de la entrevista:

Temas	Dimensiones	Objetivo
Datos sociodemográficos	1. Edad 2. Estado civil 3. Ocupación 4. Escolaridad 5. Hijos 6. Con quien vive 7. Dónde vive	Recabar información básica sobre el sujeto y sus condiciones de vida actual
Contexto familiar actual	Estructura familiar Dinámica familiar actual	Caracterizar a la familia de origen del sujeto
Dinámica actual de uso de drogas	Tipo de drogas, administración, frecuencia, con quien, contexto inversión de tiempo y dinero	Comprender las prácticas y dinámicas actuales de uso de drogas.
Historia de uso de drogas	1. Primera droga 2. Primera cocaína/cristal o heroína 3. Primera inyección	Reconstruir el contexto en el que ocurrieron tres transiciones en la historia de uso de drogas del sujeto con la finalidad de identificar condiciones que facilitaron dichas transiciones.
Cambios en las condiciones de acceso a las drogas en la ciudad	1. Disponibilidad de drogas / tipo de drogas disponibles 2. Relación con distribuidores 3. Relación con la policía	Explorar desde la perspectiva del sujeto si han cambiado las condiciones de acceso a las drogas en la Ciudad.
2ª sesión		
Puntos de inflexión en la historia de vida	Antes y después	Identificar puntos de inflexión en la historia del sujeto y analizar si ellos se asocian a las transiciones de uso de drogas
Historia de prisión		
Historia de vida en calle		
Adolescencia	1. Familia, relación con los padres y hermanos, supervisión y presencia de los padres, separación de los padres, migración. Salida del hogar. 2. Escuela, relación con compañeros y maestros. Salida de la escuela. 3. Vecindario, relación con vecinos, entorno. 4. Entrada al mercado laboral	Recrear experiencias de la adolescencia del sujeto con la finalidad de identificar elementos de esa historia temprana que pudiesen haber motivado o facilitado la experimentación y uso de drogas

Guión de Entrevista

Primera Sesión

1. Datos sociodemográficos – Objetivo: Romper el hielo y recabar información básica sobre el sujeto.
2. Empecemos hablando un poco de ti en este momento. Cuéntame cuántos años tienes, dónde naciste, en qué colonia vives, con quien vives, a qué te dedicas.
 - Edad
 - Donde nació/ cómo llegó ahí
 - Estado civil
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - Hijos, vive con ellos, quién los cuida
 - Dónde vive, con quién vive
3. Contexto Familiar – Objetivo: Caracterizar a la familia de origen del sujeto
Pregunta generadora: Cuéntame un poco sobre tu familia.
Subpreguntas de apoyo:
 - Cuántos hermanos tiene,
 - Qué lugar ocupa,
 - Ocupación de los padres,
 - ¿Cómo te la llevas con ellos?, ¿cada cuánto los ves?
4. Dinámicas de uso actual de drogas – Objetivo: Caracterizar al usuario según el tipo de drogas que usa y la frecuencia de su uso
Preguntas generadoras:
 - a. Nómbrame todas las drogas que conoces
 - b. De esas cuáles has usado alguna vez
 - c. Cuáles son las que más te gustan
 - d. Cuáles usas ahoraSubpreguntas de apoyo:
 - Cuáles te inyectas
 - Cada cuanto
 - Dónde, con quien, cómo la consigue
 - Disponibilidad y costo de la droga
 - Cuánto dinero invierte.
5. Historia de uso de drogas – Objetivo: Reconstruir el contexto en el que ocurrieron tres transiciones en la historia de uso de drogas del sujeto
Pregunta generadora: Ahora vamos a ir al pasado. Cuéntame cómo ha sido tu historia con las drogas, desde el inicio hasta ahora.
Subpreguntas de apoyo:
 - A. Droga de inicio,
 - Cuántos años,
 - Con quién, dónde estaba,
 - Cómo te sentiste esa primera vez (explorar si tenía algún temor frente a la droga que estaba probando o frente a ser descubierto por alguien, cómo fue su

experiencia, qué fue lo que más le gustó de esa experiencia), qué pensabas de la droga en ese momento.

- Con quién vivía,
- Dónde vivía (cómo era el barrio),
- A qué se dedicaba
- Qué te hizo querer probar (tenía amigos, familiares que usaban, cómo era su relación con ellos, qué pensaba de ellos, era normal usar drogas).

B. Qué pasó después de esa primera vez,

- Cada cuanto usabas,
- Con quien la usabas, cómo la conseguías,
- Era fácil/difícil conseguirla,
- Cómo conseguía el dinero para comprarla.
- ¿La dejó de usar en algún momento?, ¿qué hizo que la siguiera usando/dejara de usar?

C. ¿Cómo pasaste de esa droga a la cocaína/cristal/heroína?

- Cuántos años,
- Con quién, dónde estaba,
- Con quién vivía,
- Dónde vivía (cómo era el barrio),
- Qué hacías en esa época,
- Qué te hizo querer probar esa droga (tenía amigos, familiares que la usaban, cómo era su relación con ellos), qué pensaba de esa droga, era popular,
- Cómo fue la experiencia con esa droga, qué fue lo que más le gustó de esa experiencia.

D. Qué pasó después, ¿cómo la seguiste usando?

- Cada cuanto,
- En qué situaciones,
- Con quien, dónde,
- Cómo la conseguía, disponibilidad y costo.
- La usaba junto con la primera droga o sola. ¿qué hizo que la siguiera usando o que dejara de usarla?

E. ¿Cómo fue que empezaste a inyectarte?,

- Cuántos años,
- Con quién y dónde estaba la primera vez,
- Qué hacías,
- Cómo te inyectaste, quién te enseñó, qué te inyectaste.
- Cómo fue esa primera vez, Cómo te sentiste
- Qué pensaste después

F. Por qué pasaste a inyectarte, ¿sentías o sentiste algún temor hacia las agujas?, ¿cómo venciste ese temor?.

G. ¿Qué pasó después de esa primera inyección?

- Cada cuanto te seguiste inyectando,

- Qué te inyectabas.
 - Cómo conseguías las jeringas,
 - Donde lo hacías más a menudo, con quién.
 - Cómo la conseguía, disponibilidad y costo de la droga. Cuánto dinero invertías.
6. Cambios percibidos en las condiciones de acceso a las drogas en la ciudad – Objetivo: Explorar desde la perspectiva del sujeto si han cambiado las condiciones de acceso a las drogas en la Ciudad.
- a. ¿Piensas que han cambiado las condiciones de uso de drogas en tu colonia o en Hermosillo en general desde la primera vez que usaste hasta ahora?
- (Disponibilidad, precio, calidad, características de las drogas, quien, cómo, dónde, relación con la policía, la violencia)
 - ¿Cómo se ven los usuarios ahora y cómo eran antes, cuando tú iniciaste?

Segunda sesión:

7. Adolescencia – Objetivo: Identificar elementos de la historia de vida de la adolescencia del sujeto que pudieran haberlo impulsado a entrar en contacto con las drogas
Cuéntame qué recuerdas de cuando tenías entre 10 y 18 años.
- Con quién vivías
 - Cómo era tu relación con tus papás y tus hermanos
 - Dónde vivías
 - Explorar migración (tradición de migrantes en la familia), separación, muerte de padres o hermanos
 - Ibas a la escuela, a qué escuela – Explorar salida de la escuela
 - Cómo te iba en la escuela.
 - Cómo te la llevabas con los compañeros. Quiénes eran tus amigos.
 - Cómo era tu colonia.
 - Cómo era tu relación con tus vecinos. Tenías amigos en la colonia, qué hacían, usaban drogas.
 - En tu colonia veías a jóvenes usar drogas. Háblame de eso, qué pensabas de ellos, que se decía en tu casa de ellos
 - Explorar salida del hogar, entrada al trabajo del sujeto
8. Puntos de inflexión - Objetivo: Identificar puntos de inflexión en la historia del sujeto y analizar si ellos se asocian a las transiciones de uso de drogas
Ahora que hemos platicado de tu historia, ¿qué experiencias sientes que han dividido tu vida en un antes y un después, cómo que fuiste una persona distinta después de eso?
9. Contextos de riesgo: Identificar contextos de riesgo y calendario de los mismos.
- A. ¿Alguna vez has estado en prisión?
- Edad a la primera vez, lugar, cuanto tiempo estuvo, uso de drogas en prisión, uso compartido de jeringas, qué pasó cuando salió, reincidencia
- B. ¿Alguna vez has vivido en la calle?

- Edad la primera vez, circunstancias que lo llevaron a ello, cuánto tiempo estuvo, cuándo volvió a vivir en casa.
- C. ¿Alguna vez has intercambiado sexo por dinero o drogas?
 - Edad a la primera vez, cómo fue, quién era la persona, uso de condón
 - Última vez, cuando, cómo, con quién, dónde, uso de condón.

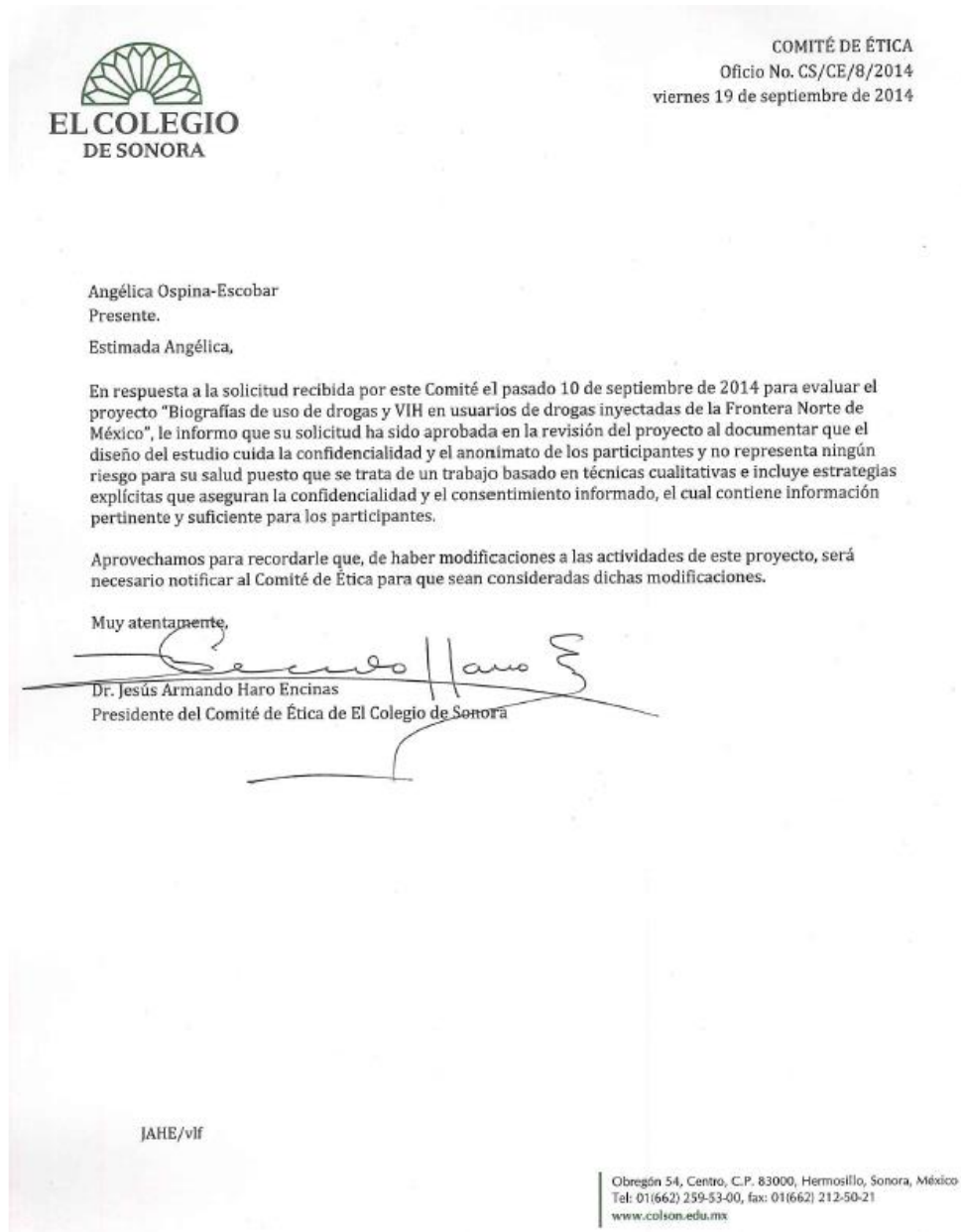
10. Prácticas sexuales – Objetivo: Identificar otros contextos y prácticas de riesgo al VIH
Hablemos ahora de tus novias

Cierre: Esas son todas las preguntas que tenía. Te agradezco mucho tu tiempo y tu confianza para contarme tu historia ¿Tienes algún comentario, algo más que quisieras contarme o alguna pregunta para mí?

Anexo 2. Ejemplo de Ficha Ageven

Biografías de uso de drogas - Angélica Ospina Escobar																					
Fecha	Septiembre 1 de 2014																				
Sujeto	Aaron																				
	Residencia																				
	Sit. Laboral																				
Año	Edad	Ciudad	Colonia	Sit. Hogar	Uniones + hijos	Sit. Escolar	Empleo	Tipo ocup	Tiempo	Ingresos	Drogas & desintoxicación	Acceso drogas	Precios	Prisión	Viol. Sex	Trab. Sex	Deport	Turning points			
1980	0																				
1981	1	Hermosillo	Sahuaro	padr. mamá 2 hermanos con mamá 4 medios hermanos (padr. padr. uno lo que nunca los volvió)																	
1982	2																				
1983	3																				
1984	4																				
1985	5																				
1986	6																				
1987	7																				
1988	8	Hermosillo	Sahuaro	El padr. planea trabajo y se despiden. No puede encontrar. Madre desahoga desahoga. La mamá se va a trabajar al otro lado. Lo manda a vivir al SURC con sus hermanos, primo. Se desahoga la mamá. El hermano se va a vivir con la mamá y la hermana con otra persona que él no recuerda.	Primaria																
1989	9																				
1990	10																				
1991	11																				
1992	12																				
1993	13																				
1994	14																				
1995	15	Hermosillo	Sahuaro	Mamá y hijos																	
1996	16																				
1997	17	Hermosillo	Sahuaro	Mamá																	
1998	18	Hermosillo	Sahuaro	Sis. maternos, primos.																	
1999	19																				
2000	20																				
2001	21																				
2002	22																				
2003	23																				
2004	24																				
2005	25																				
2006	26																				
2007	27			Se fue a vivir con un amigo por el uso del sic																	
2008	28	Hermosillo	Sahuaro	Solo. La mamá vende una vez al mes, no le da nada																	
2009	29																				
2010	30																				
2011	31																				
2012	32																				
2013	33																				
2014	34																				

Anexo 3. Carta de Aprobación del Comité de ética de El Colegio de Sonora



Bibliografía

- Abrantes Pêgo, R., y Almeida, C. (2002). Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4): 971-989.
- Agar, M. (2002). How the drug field turned my beard grey. *International Journal of Drug Policy*, 13(4): 249-258.
- Aggleton, P., y Parker, R. (2002). Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción. México, DF: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México.
- Almada Bay, I. (2010). Sonora. Historia Breve. 2ª edición. México DF: Secretaría de Educación Pública. El Colegio de México. Fideicomiso Historia de las Américas. Fondo de Cultura Económica.
- Almada, I., y Covarrubias, A. (1992). Reparos en Sonora: Sierra desolada, costa sedienta y empleo con bolsillos medio vacíos. *Revista de El Colegio de Sonora*, III(4): 23-35.
- Álvarez Hernández, G. (2008). Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural. *Región y Sociedad*, XX(2)
- Alvear Sevilla, C., y Martín del Campo, R. (2012). El modelo de atención de los Centros "Nueva Vida" y su relación con los servicios de salud del primer nivel de atención. En L. M. García Rivas, y B. Barriguete Mazmela. *Actualidades en Adicciones. Prevención y Tratamiento de Adicciones en los Servicios de Salud* (págs. 51-68). México DF: Secretaría de Salud. Comisión Nacional contra las Adicciones.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2013). Washington, DC.
- Arteaga Botello, N. (2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica*, 23 (68): 151-175.
- Astorga, L. (1996). *El Siglo de las Drogas*. México, DF: Grupo Editorial Planeta.
- Astorga, L. (1999). *Drug Trafficking in Mexico: A First General Assesment*. Paris: UNESCO.
- Astorga, L. (2007). *Seguridad, traficantes y militares: el poder en la sobre*. México DF: Tusquets.
- Azalia, L. G. (2015). Las drogas en México (1920-1930). Aldea 21. *Revista digital*(6). Recuperado el 16 de Agosto de 2015, de <http://aldea21.mx/las-drogas-en-mexico-1920-1930-2/>
- Battjes, R., Leukefel, C., y Pickens, R. (1992). Age at first injection and HIV risk among intravenous drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* Vol. 18: 263-273.
- Bautista-Arredondo, S., Colchero, M., Sosa-Rubí, S., Romero, M., y Conde, C. (2012). Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI. Cuernavaca, Morelos: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Disponible en: <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Documentos-productos/DS-UDI.pdf>.
- Becker, H. (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- Beletsky L., Lozada R., Gaines T., Abramovitz, D., Staines, Vera, A., Rangel G., Arredondo, J., Strathdee, S. (2013). Syringe confiscation as an HIV risk factor: The public health implication of arbitrary policing in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89(3):284–298. Doi: 10.1007/s11524-012-9741-3
- Beletsky L., Martinez G., Gaines T., Nguyen L., Lozada R., Rangel G., Vera, A., McCauley, H., Sorensen, A., Strathdee, S. (2012). Mexico's northern border conflict: Collateral damage to health and human rights of vulnerable groups. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(5):403–410.
- Beletsky L., Mittal, M.L., Arredondo, J., Rocha, T., Abramovitz, D., Artamonova, I., Alaníz Morales, V.M., Magis Rodríguez, C., Clairgue, E., Bustamante, E., Bañuelos Pérez, A., Rangel Gómez, M.G., Strathdee, S. (2016). Shifting police practices to support HIV prevention: Initial findings from an Assessment of a police education program in a Mexican setting. Poster presentado en la 21 Conferencia Internacional de SIDA.
- Bell, D. C., y Treviño, R. A. (1999). Modelling HIV Risk. *JAIDS. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 22(3): 280-287.

- Bernasconi Ramírez, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 56: 9-36.
- Bertaux, D. (1983). "From the Life-History Approach to the Transformation of Sociological Practice" en *Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences.*, D. Bertaux compilador, Sage, Berkeley, California.
- Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (2011). Cincuenta años de la convención única de 1961 sobre estupefacientes: Una relectura crítica. Serie de reforma legislativa en materia de drogas No. 12. Marzo, 2011. Transnational Institute. <https://www.tni.org/files/download/dlr12s.pdf> Recuperado el 2 de febrero de 2016.
- Blanco, Mercedes (2011). El enfoque del curso de vida: Orígenes y Desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, año 5 núm. 8, enero-junio 2011.
- Bourdieu, Pierre. 2000 *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.
- Bourgois, P. (1998). The moral economies of homeless heroin addicts: Confronting ethnography, HIV risk and everyday violence in San Francisco shooting encampments. *Substance use and misuse*, 33(11): 2323-2351.
- _____. (2002). Anthropology and epidemiology on drugs: The challenges of cross-methodological and theoretical dialogue. *International Journal of drug policy*, 13(4): 259-269.
- _____. (2010). *En busca de respeto*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourgois, P., Lettiere, M., y Quesada, J. (1997). Social Misery and the sanctions of substance abuse: Confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco. *Social Problems*, 44(2):155-173.
- Breihl, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En C. Eibenschutz, S. Tamez, y R. González, ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? (págs. 45-69). México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M., Rueda, C. M., Kageyama, M. d., y Hernández, D. (2005). Antecedentes. En M. Bronfman, R. Leyva, y M. Negroni, (Editores), *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: Contextos de Vulnerabilidad en México y Centroamérica* (págs. 13-34). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Brouwer, K., Case, P., Ramos, R., Magis-Rodríguez, C., Bucardo, J., Patterson, T., y Strathdee, S. (2006). Trends in production, trafficking, and consumption of methamphetamine and cocaine in Mexico. *Substance Use Misuse*. 41 (5): 707-27.
- Bucardo, J., Brouwer, K. C., Magis-Rodríguez, C., Ramos, R., Fraga, M., Perez, S. G., Patterson, T.L, Strathdee, S. (2005). Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections."Drug and alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 79(3): 281-293.
- Camberos Castro, M. (2000). Pobreza, desempleo y deuda pública ¿expectativas para Sonora en el Siglo XXI? En I. Almada Bay, *Sonora 2000 a debate. Problemas y soluciones, riesgos y oportunidades*. (págs. 251-266). México, DF.: El Colegio de Sonora. Aguilar, León y Cal Editores S.A. de C.V. .
- Camberos, M., y Yañez, J. (2003). La informalidad de los mercados laborales de Sonora y la frontera norte de México. *Revista Región y Sociedad XV* (27):153-178.
- Campollo, E. (2011). *Anuario de investigación en adicciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones, 12 (1).
- Candia, E., Ortiz Rodríguez, M., y Gómez Olivas, J. (2012). Informe de Evaluación del Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/Sida e ITS y Evaluación de Resultados del Proyecto México de lucha contra el Sida, Ronda 9 financiado por el Fondo Mundial. México DF: Salud Población y Economía AC. Funsalud A.C. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/FondoMundial/Propuesta-2013/DJ1_Informe-Final-VIH-Sida.pdf

- Carneiro, M., Fuller, C., Doherty, M., y Vlahov, D. (1999). HIV prevalence and risk behaviors among new initiates into injection drug use over the age of 40 years old. *Drug Alcohol Dependence*, 54 (1): 83-86.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Salud Colectiva.
- Cavagnoud, R. (2015). Discontinuidad y autonomización en los trayectos vitales de los niños y jóvenes en situación de calle en La Paz y El Alto. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 44(3): 463-479.
- CELADE (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos. Vigésimonoveno período de sesiones de la Comisión. Brasilia.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. (CENSIDA, 2006). El VIH/SIDA en México 2006. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf Recuperado el 10 de Septiembre de 2015
- _____ (CENSIDA, 2010). Tamaño estimado de población HSH y UDIS en las ciudades prioritarias de propuesta Ronda 9.
- _____ (CENSIDA, 2014). Registro Nacional de Casos de Sida. <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2014.pdf Recuperado el 15 de Mayo de 2015
- _____ (CENSIDA, 2014). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf Recuperado el 20 de Octubre de 2015
- _____ (CENSIDA, 2015). Informe Nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA. México, 2015. México, DF: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida).
- _____ (CENSIDA, 2016). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (2016). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 13 de noviembre de 2015. México, DF: Secretaría de Salud. Recuperado el 22 de Enero de 2016, de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_al_13noviembre_2015.pdf
- Center for Disease Control and Prevention. (Febrero de 2015). HIV surveillance report, 2013 vol. 25. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/>: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/g-l/hiv_surveillance_report_vol_25.pdf
- Chase, S. (2005). Narrative Inquiry. Multiple lenses, approaches, voices. En N. K. (ed.), y Y. S. (coed.), *The Sage Handbook of qualitative Research* (págs. 651-673). Oaks, California: Sage Publications.
- Ciccarone, D. (2003). With both eyes open: Notes on a disciplinary dialogue between ethnographic and epidemiological research among injection drug users. *International Journal of drug Policy*, 14(1), 115-118.
- _____ (2009). Heroin in brown, black and white: Structural factors and medical consequences in the US heroin market. *International Journal of Drug Policy*, 20 (3): 277-282.
- Ciccarone, D., Unick, G., y Kraus, A. (2009). Impact of South American heroin on the US heroin market 1993-2004. *International Journal of Drug Policy*., 20 (5): 392-401.
- Cleves, M., Gutiérrez, R., Gould, W., y Marchenko, Y. (2010). *An introduction to survival analysis using stata*. Third Edition. Texas: Stata Press Publication.
- Cohler, B y Hostetler, A (2005). Linking life course and life story. Social Change and the narrative of lives over time. EN: Jeylan, Mortimer y Shanahan, Michael (eds). *Handbook of the life course*. New York.
- Comisionado Nacional contra las Adicciones (CONADIC). (2012). Manual de organización específico del Comisionado Nacional contra las Adicciones (CONADIC) http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/manual_organizacion_especifico.pdf. Recuperado el 20 de Octubre de 2015

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2010). Índice de rezago social 2010 a nivel municipal y por localidad http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Pobreza_2010/Anexo_estadistico.es.do Recuperado el 3 de Marzo de 2014
- Consejo Nacional para el control del SIDA (CONASIDA). Comité de Monitoreo y Evaluación. (2014). Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH, sida e ITS. (Diciembre 2014). No.12. México, DF: CONASIDA.
- Contreras, O., y Rodríguez Gutiérrez, J. (2000). Apertura comercial y crecimiento económico. En I. (. Almada Bay, Sonora 2000 a debate. Problemas y soluciones, riesgos y oportunidades (págs. 157-186). México, DF: El Colegio de Sonora. Aguilar, León y Cal Editores, S.A.
- Corsi, K., Kwiathkowski, C., y Booth, R. (2009). Predictors of methamphetamine injection in out-of-treatment IDUs. *Substance use & misuse*, 44 (3): 332-342.
- Covarrubias, A. (1990). La economía: Crisis y reestructuración de la producción y el capital. *Revista de El Colegio de Sonora* (2): 1-51.
- Covarrubias, A. (2000). La viabilidad económica de Sonora. En I. Almada Bay, Sonora 2000 a debate. Problemas y soluciones, riesgos y oportunidades (págs. 101-156). México, DF: El Colegio de Sonora. Aguilar, León y Cal Editores, S.A. de C.V.
- Cox, D.R. y Oakes, D. (1984). *Analysis of Survival Data*. Monographs on statistics and applied probability. Chapman and Hall CRC, Washington, DC.
- Creswell, J., (2003). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. Thousand Oaks, Ca.: Sage
- De Almeida Filho y Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva* [online]. 5 (3): 323-344.
- Degenhardt, Mathers, B., Guarinieri, M., Panda, S., Phillips, B., Strathdee, S.A., Tyndall, M., Wiessing, L., Wodak, A., y Howard, J. (2010). Meth/amphetamine use and associated HIV: Implications for global policy and public health. *International Journal of Drug Policy* 21 (5): 347-358.
- De la Fuente, R., y Campillo, C. (1976). La psiquiatría en México: una perspectiva histórica. *Gaceta Médica de México*, 111(5): 421-436.
- De Luca, M., Magis-Rodríguez, C., Bravo-García, E., Rivera Reyes, P., Ortiz-Mondragon, R., y Gayet, C. (2010). La epidemia de sida en México al 2008. *Gaceta Médica de México*, 146(1): 45-49.
- Delor, F., y Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social science and Medicine*, 50: 1557-1570.
- De Oliveira, O., y Ariza, M. (2002). Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano. *Universidade Estadual de Campinas. Núcleo de Estudos de Gênero, Pagu*.
- Denzin, N. (2000). Un punto de vista interpretativo. En C. Denman, y J. A. Haro, Por los rincones. *Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (págs. 147-206). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Doll, R., y Hill, A. B. (1964). Mortality in relation to smoking: Ten years' observation of British doctors. *British Medical Journal*, 1399-1410.
- Doyle, L., Brady, A.-M., y Byrne, G. (2009). An overview of mixed research. *Journal of research in nursing*, 14(2): 175-185.
- Dudley, Steven (2013) "Juárez After the War", *Insight Crime*, febrero 2013. <http://www.insightcrime.org/images/PDFs/2016/juarez.pdf> Revisado el 10 de agosto de 2016
- Duncan, S., Duncan, T., Biglan, A., y Ary, D. (1998). Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 50 (1): 57-71.
- Durán-Martínez, A. (2015). Drugs Around the Corner: Domestic Drug Markets and Violence in Colombia and Mexico. *Latin American Politics and Society*, 57(3): 122-146.
- Durant, R. H., Smith, J. A., Kreiter, S. R., y Krowchuck, D. P. (1999). The relationship between age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153: 286-291.

- Elder GH, J., Johnson, M., y Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. En M. JT, y Shanahan MJ, Handbook of the life course. (págs. 3–22). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Elder GH, J. (1996). Human lives in changing societies. En R. Cairns, G. J. Elder, y E. Costello, Developmental science (págs. 31-62). Melbourne, Australia: Cambridge University Press.
- Elder, G., y O’Rand, A. (1995). Adult lives in Changing Society. En K. Cook, G. Fine, y J. House, Sociological perspectives on social psychology. Boston: Allyn and Bacon.
- Enciso, F. (2009). Régimen global de prohibición, actores criminalizados y la cultura del narcotráfico en México durante la década de 1970. Foro Internacional 197, XLIX: 595-637.
- Enciso, F. (2010). Régimen de Prohibición de drogas y narcotráfico. En A. Alvarado, y M. Serrano, Los grandes problemas de México. Tomo XV. Seguridad nacional y seguridad interior (págs. 61-104). México DF: El Colegio de México.
- Enciso, F. (2015). Nuestra historia narcótica. México, DF: Penguin Random House Group Editorial, S.A. de C.V.
- Epele, M. (2010). Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós.
- Escohotado, A. (2005). Historia general de las drogas. Madrid: S.L.U. Espasa libros.
- Fernández, E., Ortiz Rodríguez, M., y Gómez Olivas, J. (2012). Informe de Evaluación del Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/Sida e ITS y Evaluación de Resultados del Proyecto México de lucha contra el Sida, Ronda 9 financiado por el Fondo Mundial. México DF: Funsalud.
- Figuerola, J.G. (2001). Análisis ético del entorno de la salud sexual y reproductiva. EN: Elementos para un análisis ético de la reproducción. Figuerola, J.C. (coord.) Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Figuerola, J.G. (1999). El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción. Perinatología y reproducción humana, 13 (1): 32-43.
- Foucault, M. (1995). La arqueología del saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores
- Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., y Knaul, F. (2003). Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. Lancet, 362: 1667-1671.
- Fuller, C., Borrell, L., Latkin, C., Galea, S., Ompad, D., Strathdee, S., y Vlahov, D. (2005). Effects of race, neighborhood, and social network on age at initiation of injection drug use. American Journal of Public Health, 95 (4): 689-695. Doi: 10.2105/AJPH.2003.02178
- Fuller, C., Vlahov, D., Arria, A., Ompad, D., Garfein, R., y Strathdee, S. (2001). Factors associated with adolescent initiation of injection drug use. Public Health Reports, 116 (Suppl 1): 116-145.
- Fuller, C., Vlahov, D., Ompad, D., Shah, N., Arria, A., y Strathdee, S. (2002). High-risk behaviors associated with transition from illicit non-injection to injection drug use among adolescent and young adult drug users: a case-control study. Drug and Alcohol Dependence, 66(2).
- Funes Artiaga, J., y Romani, O. (1985). Dejar la heroína. Vivencias, recorridos y circunstancias de los procesos de recuperación. Madrid: Cruz Roja Española. Dirección General de Acción Social, Secretaría General de Acción Social (Min. de Trabajo y Seguridad Social).
- Furstenberg Jr, F. F. (2006). Diverging development: the not-so-invisible hand of social class in the United States. Biennial meetings of the Society for Research on Adolescence. San Francisco.
- Galea, S., y Vlahov, D. (2002). Social Determinants and the Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness, and Incarceration. Public Health Reports, 117 (Supp 1): 135-145.
- Gallego Montes, G. (2010). Demografía de lo otro: Biografías sexuales y trayectorias de emparejamiento entre varones en la Ciudad de México. El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. México
- Garbi, S. L., Touris, M. C., y Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. Ciencia & Saude Colectiva 17 (7): 1865-1874.
- García, A. (2013). Factorías del crimen organizado: México y Colombia, oleadas o persistencia de la violencia. Sociología Histórica(2): 355-380.

- García Acosta, V. (2005). El riesgo como construcción social y la construcción social riesgos. Vulnerabilidad social. Riesgo y desastres. Revista de Antropología Social. CIESAS. Septiembre-Diciembre.
- García de León, G. (2000). Transformaciones recientes en los mercados laborales de Sonora. En D. Arredondo López, y P. Salcido Araiza, La economía sonorense y sus regiones. Hermosillo, Sonora: Editorial Unison.
- García Murcia, M., Andrade Briseño, M., Maldonado Arroyo, R., y Morales Escobar, C. (2010). Memoria de la lucha contra el VIH en México. Los primeros años. México, DF: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Gayet, C., Magis, C., y Bronfman, M. (2000). Aspectos conceptuales sobre la relación entre la migración y el SIDA en México. Enfermedades Infecciosas y Microbiología, 20 (4):134-140.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L., y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Pública de México, 45(Supl. 5): S632-S640
- Gil García, E., Romo Áviles, N., Poo Ruiz, M., Meneses Falcón, C., Markez Alonso, I., Vega Fuente, A (2005). Atención Primaria, 35(8): 402-407
- Grant, B., y Dawson, D. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. Journal of Substance Abuse, 10(2), 163-173.
- Grella, C., y Lovinger, K. (2011). 30-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California. Drug and Alcohol Dependence, 118 (2-3), 251-258.
- Grillo, I. (2012). El narco: en el corazón de la insurgencia criminal mexicana. México, DF: Urano.
- Gupta, G., Parkhurst, J., Ogden, J., Aggleton, P., y Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. The Lancet, Series HIV Prevention 4 (372).
- Gutiérrez, J. P., López Zaragoza, J. L., Valencia Mendoza, A., Pesqueira, E., Ponce de León, S., y Bertozzi, S. M. (2004). Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? Revista de investigación clínica, 56 (2), 242-252.
- Haro, A. (2011). Presentación. En A. Haro, Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances (págs. 9-32). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Hernández, A. (2010). Los señores del narco. México, DF: Grijalbo.
- Hernández, A. P. (2014). Legislación de drogas y situación carcelaria en México. En P. Metaal, y C. Youngers, Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina (págs. 61-71). Washington, DC: Transnational Institute; Washington office on Latin America.
- Herrera, M.; Wagner, F.; Velasco, E.; Borges, G.; y Lazcano, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Pública de México 46, 132-140
- Heilborn, M. L., Cabral, C. S., Bozon, M., y Knauth, D. R. (2006). Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais. In O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros (pp. 207-266). Fiocruz.
- Hoffmann, C., Rockstroh, J., y Kamps, B. S. (2007). HIV Medicine 2007 (Vol. 15th Edition). Paris, Francia: Flying Publisher. Recuperado el 05 de 05 de 2014, de <http://hivmedicine.com/hivmedicine2007.pdf>
- Hser, Y.-I., Evans, E., Huang, D., Brecht, M.-L., y Li, L. (2008). Comparing the Dynamic course of heroin, cocaine and methamphetamine use over 10 years. Addictive Behaviors, 33(12).
- Hser, Y.-I., Longshore, D., y Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use. A conceptual framework for understanding drug use trajectories. Evaluation Review, 31(6):515-547.
- Huizink, A., y Mulder, E. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 30(1), 24-41.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (1980) X Censo general de población y Vivienda.

-
-
-
-
- (1990) XI Censo general de población y Vivienda.
- (2000) XII Censo general de población y Vivienda.
- (2010) XII Censo general de población y Vivienda.
- (2015). Estadísticas de mortalidad.
- <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.asp?s=est>
Recuperado el 8 de febrero de 2016.
- Izazola Licea, J. A., Ávila Figueroa, C., y Gortmaker, S. (1995). Transmisión homosexual del VIH/sida en México. *Salud Pública de México*, 37, 602-614.
- Johnston, L., Bachman, J., y O'Malley, P. M. (1978). Highlights from drug use among American high school students, 1975-1977. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse & University of Michigan.
- Juárez, F., y Castro, T. (2009). Biografías sexuales de los adolescentes varones en las favelas de Recife, Brasil. Cuestionando algunos estereotipos de la sexualidad adolescente. *Estudios demográficos y urbanos*. Vol. 24, Num, 1 (70) 151-191
- Juárez, F., y Gayet, C. (2010). El VIH/SIDA: Un nuevo reto para la salud Pública. En B. García, y M. Ordorica, *Grandes Problemas de México*. Tomo I. Población. México DF.: El Colegio de México.
- Kandel, D., y Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74(7), 660-666.
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K., y Cousino Klein, L. (2005). Testing the gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 470-476.
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *FORUM: Qualitative Social Research (On-line Journal)*, 6(2). Recuperado el 28 de 02 de 2016, de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>
- Knight, A. (2012). Narco-Violence and the State in Modern Mexico. En W. G. Pansters, *Violence, Coercion, and State-Making in Twentieth-Century Mexico: The Other Half of the Centaur* (págs. 115-134). California: Stanford University Press.
- Koram, N., Liu, H., Li, J., Li, J., Luo, J., y Nield, J. (2011). Role of Social Network Dimensions in the Transition to Injection Drug Use: Actions Speak Louder than Words. *AIDS Behavior*, 15, 1579-1588.
- Krieger, N. (2007). Commentary: Ways of asking and ways of living: reflections on the 50th anniversary of Morris' ever-useful Uses of Epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 36.
- Krieger, N. (2012). *Epidemiology and the people's health. Theory and context*. Oxford: Oxford University Press.
- Latkin, C., Mandell, W., Oziemkowska, M., Celentano, D., Vlahov, D., Ensminger, M., y Knowlton, A. (1995). Using social network analysis to study patterns of drug use among urban drug users at high risk for HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 1-9.
- Lara Enriquez, B. E. (1990). La industria maquiladora y la pequeña, mediana y microindustria. ¿Reestructuración y polarización? *Revista de El Colegio de Sonora*(2), 75-102.
- Lara, B., Velázquez, L., y Rodríguez, L. (2007). Especialización Económica en Sonora: Características y retos frente al nuevo milenio. *Región y Sociedad, Revista de El Colegio de Sonora*, 19, 27-49.
- Laurell, C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* No.2, 7-25.
- Levine, Faden, Grady, Hammerschmidt, y Ecke. (2004). The limitations of "vulnerability" as a protection for human research participants. *The American Journal of Bioethics*, 4(3).
- Linares Pérez, N. (2003). El consumo de drogas inyectadas en México: Apuntes de las últimas dos décadas. *Salud y drogas*, 3 (2), 17-35.
- Long, S. J., y Freese, J. (2006). *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata*. 2nd Edition. Texas: Stata Press Publication.
- López, W., Krueger, P., y Walters, S. (2010). High-risk drug use and sexual behaviors among out-of-treatment drug users: An aging and life course perspective. *Addictive Behaviors*, 35(5), 432-437.

- Lupsha, P. (1991). Drug lords and narco-corruption: The players change but the game continues. *Crime, Law and Social Change*, 16.
- Mackesy-Amiti, M., Fendrich, M., y Goldstein, P. (1997). Sequence of drug use among serious drug users: typical vs. atypical progression. *Drug and Alcohol Dependence*, 45(3), 185-196.
- Madrazo, A., y Guerrero, Á. (1 de Diciembre de 2012). Más caro el caldo que las albóndigas. *Nexos*. Recuperado el 22 de Enero de 2016, de <http://www.nexos.com.mx/?p=15085>
- Magis, C., Bravo-García, E., y Uribe Zuñiga, P. (2002). Dos décadas del SIDA en México. México DF: Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. CENSIDA.
- Magis Rodríguez, C., Brouwer, K., Morales, S., Gayet, C., Lozada, R., Ortiz-Mondragón, R., y Strathdee, S. (2005). HIV prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug use in the Mexican-U.S. border city of Tijuana. *Journal of psychoactive drugs*, 37 (3), 333-339.
- Magis-Rodríguez, C., Loo-Méndez, E. and del Rio-Chiriboga, C., 1996. La epidemia de sida en México. Análisis global 1981-1996. *Gac Med Mex*, 132(5), pp.545-50.
- Magis, C., y De Luca, M. (2009). Sida, cultura y salud pública. Manual para personal de salud. En J. A. Haro, *Epidemiología Sociocultural. Un Diálogo en Torno a su Sentido, Métodos y Alcances*. México, DF: Lugar Editorial. El Colegio de Sonora.
- Magis Rodríguez, C., y Hernández, M. (2008). Epidemiología del SIDA en México. En J. Á. Córdova Villalobos, S. Ponce de León, y J. L. Valdespino, 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos (págs. 101-120). Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Magis-Rodríguez C., Loo-Mendez E., Del Rio-Chiriboga C. (1996). La epidemia de SIDA en Mexico. Analisis global 1981-1996. *Gaceta Médica de México*, 132 (5), 545-50.
- Magis Rodríguez, C., Marques, L. F., y Touze, G. (2002). HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS* 16 (supl 3).
- Magis Rodríguez C.; y Parrini Roses, R. (2006) Nuestra epidemia, el Sida en México 1983-2002. En: Magis Rodríguez, C., Barrientos Bárcenas, H., y Bertozzi Kenefick, S. *SIDA: Aspectos de salud pública. Manual*. México, DF: Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA).
- Magis Rodríguez, C., Rivera Reyes, M. d., Bravo García, E., y Saavedra López, J. (2009). Situación de VIH/Sida en la frontera norte de México. En G. Rangel, y M. Hernández, *Condiciones de salud en la frontera norte de México*. Tijuana, BC: Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio de la Frontera Norte.
- Maher, L. (2002). Don't leave us this way: Ethnography and injecting drug use in the age of AIDS. *The International Journal of Drug Policy*, 13(4), 311-325.
- Maldonado-Molina, M. y Lanza, S. (2010). A Framework to examine Gateway relations in drug use: An application of latent transition analysis. *Journal of Drug Issues*, 40, 901-924. Doi: 10.1177/002204261004000407
- Malta, M., Magnanini, M., Strathdee, S., y Bastos, F. (2008). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behavior* 14(4). Doi:10.1007/s10461-008-9489-7
- Martínez, O. (2012). La epidemiología en busca de contexto social. *Acta Médica Colombiana*, 37(2)
- Martínez Salgado, C. (2004). Tres ventanas para el estudio de la problemática de salud: Una propuesta de aproximación fenomenológica ilustrada con el caso mexicano. Ponencia presentada en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Realizado en Caxambú-MG, Brasil, 18-20 de Septiembre.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3).
- Martínez Salgado, M. (2010). Hombres transitando a la vida adulta en México durante la segunda mitad del siglo XX. Tesis para optar al título de doctor en estudios de población. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. El Colegio de México.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Fleiz Bautista, C., y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1-16.

- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública México*, 55(1), 67-73.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Galván, J., y Ñequis, G. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16 (3), 2-8.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Bautista, C., y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y usos de servicios: Resultados de la Encuesta
- Medrano, G. (2010). Comunidades consumidores de heroína. Los discursos ocultos sobre el placer. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Mendez, E. (1994). Política urbana y arquitectura. Hermosillo, Década de 1940. *Revista de El Colegio de Sonora*. Año V (7): 105-129
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 6(46), 37-67.
- Menéndez, E. (2011). Modelos, Experiencias y Otras Desventuras. En A. Haro, *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (págs. 33-66). Hermosillo: Lugar Editorial. El Colegio de Sonora.
- Nanni Alvarado, R. I. (2012). El papel de los grupos de ayuda mutua en la atención del alcoholismo en los servicios de salud de primer nivel de atención. En L. M. García Rivas, y B. Barriguete Mazmela, *Actualidades en Adicciones. Prevención y Tratamiento de Adicciones en los Servicios de Salud* (págs. 167-194). México DF: Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones.
- National Institute on Drug Abuse (2008). Las drogas, cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud.
- Nill Sánchez, A. (2013). Mexico's Drug "War": Drawing a Line Between Rhetoric and Reality. *The Yale journal of international law*, 38(2), 467-509.
- Noriega Minichiello, S. N., Magis, C., Uribe, P., Anaya, L., y Bertozzi, S. (2002). The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986–2001. *AIDS*, 16(S), S13-S17.
- O'Malley, P., Bachman, J., y Johnston, L. (1984). Period, age, and cohort effects on substance use among American youth, 1976-82. *American Journal of Public Health*, 74 (7), 682–688.
- Organización de las Naciones Unidas. (1975). Quinto Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas. Departamento de asuntos económicos y sociales. <https://www.unodc.org>. Recuperado el 22 de Enero de 2015, de https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. Oficina de Drogas y Crimen. (2011). *Drug Report*. Vienna: Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas. Oficina de Drogas y Crimen. (UNODC, 2016). *Drug Report*. Vienna: Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas. Programa Conjunto sobre VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2015). *El SIDA en cifras*. Vienna: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Technical guide for countries to set targets for universal HIV services for injecting drug users. Geneva: World Health Organisation.
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 27 de Noviembre de 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo (CODAR). Herramientas básicas. Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz Mondragón, R., Ortiz Ruiz, M. d., y Magis Rodríguez, C. (2009). Reducción de daños como política de salud. En C. Magis Rodríguez, y H. Barrientos Bárcenas, *VIH/SIDA y salud pública. Manual*

- para personal de salud (págs. 241-250). México, DF: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Osorno, D. E. (2009). El cartel de Sinaloa: Una historia del uso político del narco. México, DF: Grijalbo.
- Pacheco, E. (2005). La movilidad ocupacional de los hijos frente a sus padres. Cambio demográfico y social en México del siglo XX. Una perspectiva de historias de vida, Colegio de la Frontera Norte, Porrúa, Cámara de Diputados, México.
- Pacheco, E. y Blanco, M. (2002). En busca de la “metodología mixta” entre un estudio de corte cualitativo y el seguimiento de una cohorte en una encuesta retrospectiva. *Estudios demográficos y urbanos*:485-521
- Palacios, M., y Serrano, M. (2010). Colombia y México: las violencias del narcotráfico. En A. Alvarado, y M. Serrano, *Seguridad nacional y seguridad* (págs. 106-149). México DF: El Colegio de México
- Patton, M. (2002). “Qualitative research and evaluation methods” (3ra. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Piot, P., Bartos, M., Larson, H., Zewdie, D., y Mane, P. (2008). Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *The Lancet*, 372(9641), 845-859.
- Pollini, R., Alvelais, J., Gallardo, M., Vera, A., Lozada, R., Magis-Rodríguez, C., y Strathdee, S. (2009). The Harm Inside: Injection during incarceration among male injection drug users in Tijuana, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*, 103(1-2), 52-58.
- Ponce de León, S., y Lazcano Araujo, A. (2009). La evolución del sida: una suma de epidemias. En J. Á. Córdova Villalobos, S. Ponce de León, y J. L. Valdespino, *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (págs. 17-26). Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Poom Medina, J. P., y Reynoso, V. M. (2003). Las elecciones de gobernador en Sonora, 1997. *Region y Sociedad*, XV(27), 35-78.
- Pressat, R. (2000). *El análisis demográfico. Métodos, resultados, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica. México
- Pudney, S. (2003). The Road to Ruin? Sequences of Initiation to Drugs and Crime in Britain. *The Economic Journal*, Vol. 113, No. 486, Conference Papers, 182-198.
- Ragan, D., y Beaver, K. (2009). *Chronic Offenders: A Life-Course Analysis of Marijuana Users*. Youth Society (published online 11 November 2009).
- Ramírez, J. C. (1988). Sonora en el nuevo proyecto expansionista de Estados Unidos: Las maquiladoras de exportación y la Ford Motor Co. *Estudios demográficos y urbanos*, III(3), 425-452.
- Ramírez, J. C. (1990). La nueva división económica. *Región y Sociedad*(2), 52-74.
- Rangel Gómez, G. (2009). Indicadores de salud en la frontera norte de México. En G. Rangel, y M. Hernández, *Condiciones de salud en la frontera norte de México*. Tijuana, BC: Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio de la Frontera Norte.
- Reguillo, R. (1991). *En la calle otra vez. Las bandas: Identidad urbana y usos de la*. Guadalajara: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).
- Reséndiz García, R. (2013). *Biografía: Proceso y nudos teórico-metodológicos*. En M. L. Tarrés, *Escuchar, observar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México, DF: El Colegio de México; FLACSO.
- Reuter, P., y Ronfeldt, D. (1992). Quest for Integrity: The Mexican-US Drug Issue in the 1980s. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, 34(3).
- Reynoso, V. M. (1991). Notas para una geografía electoral del estado de sonora. *Revista Iztapalapa*(23), 87-116.
- Rhodes, T. (2002). The ‘risk environment’: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13, 85-94.
- Rhodes, T., y Simic, M. (2005). Transition and HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331.
- Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S., y Strathdee, S. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine* 61, 1026–1044.

- Rhodes, T., Stimson, G., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K., y Khodakevich, L. (1999). Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': Implications for assessment and response. *AIDS*, 13 (suppl A), 259-269.
- Ríos Contreras, V. (2012). *How Government Structure Encourages Criminal Violence: The causes of Mexico's Drug War. A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the subject of Political Science.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University.
- Ríos Molina, A. (2008). A cien años de la psiquiatría moderna en México. *20/10 Memorias de las revoluciones en México.*, 1(1), 179.
- Rivas, M. (2003). La entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad. En A. Canales, y S. Lerner, *Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio.* Mexico, DF: El Colegio de México, Universidad de Guadalajara, Sociedad de Mexicana de Demografía.
- Robertson, A., Garfein, R., Wagner, K., Mehta, S., Magis-Rodriguez, C., Cuevas-Mota, J., Moreno-Zuñiga, P.G., y Strathdee, S. (2014). Evaluating the impact of Mexico's drug policy reforms on people who inject drugs in Tijuana, B.C., Mexico, and San Diego, CA, United States: a binational mixed methods research agenda. 11(4).
- Robertson, A., Lozada, R., Pollini, R., Rangel, G., y Ojeda, V. (2012). Correlates and contexts of US Injection Drug Initiation among undocumented mexican migrant who were deported from de United States. *Aids Behavior*, 16 (6).
- Rojas Giot, E., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velasquez, J., Gutiérrez López, M. d., y Medina-Mora, M. E. (2009). Tendencias en el consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. *Salud Mental*, 32 (1).
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., y Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34(4), 351-365.
- Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: discursos y prácticas. *Nueva Antropología*, XVI(53), 39-66.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y Razones.* Madrid: Ariel.
- Romaní, O. (2003). Prohibicionismo y drogas. ¿Un modelo de gestión social agotado? En R. Bergalli, *Sistema penal y problemas sociales* (págs. 429-450). Madrid: Tirant lo Blanch.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4(3), 301-318.
- Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 17(49), 83-101. [En línea] <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35117055006>>
- Romaní, O. (2011). La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas. En A. Haro, *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (págs. 89-113). Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- Rosenblum, D., Unicka, G., y Ciccarone, D. (2014). The entry of Colombian-sourced heroin into the US market: The relationship between competition, price, and purity. *International Journal of Drug Policy* 25, 88– 95.
- Rothman, K. (1986). *Modern epidemiology.* Boston: Little, Brown & Co.
- Saavedra, J., y Bravo-García, E. (2006). *Panorama del VIH-SIDA en el 2006. SIDA: Aspectos de salud pública.* México, DF: INSP-CENSIDA .
- Sacristán, M. C. (2005). *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna.* FRENIA, V.1.
- Salles, Vania (2003). El debate micro-macro: Dilemas y Contextos. EN: Canales, Alejandro y Lerner, Susana (coords). *Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio.* El Colegio de México, Universidad de Guadalajara, Sociedad de Mexicana de Demografía. México.
- Sánchez López, G., y Carreón Diazconti, R. (2007). La reducción de daños en la atención a las poblaciones vulnerables: Los usuarios de drogas inyectables y VIH-SIDA en Sonora. Hermosillo: El Colegio de Sonora. Recuperado el 10 de Septiembre de 2014, de

- http://alamo.colson.edu.mx:8085/sitios/CESS/091020_frutosTrabajo/frutos_archivos/S%C3%A1nchez2008_Reducc%20da%C3%B1os.pdf
- Sanderson, S. (1981). *Agrarian populism and the Mexican state*. University of California Press. Berkley
- Sebille, P. (2005) “Primeras etapas de vida familiar y trayectorias migratorias”, EN: Coubés, M-L, et al (Coordinadores), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX, una perspectiva de historias de vida*, EGAP-COLEF-PORRÚA, México.
- Schensul, S.L.; Schensul, J.J. & LeCompte, M. D. (1999). *Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires (Book 2 en Ethnographer's Toolkit)*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Schoroeder, J., Latkin, C., Hoover, D., Curry, A., Knowlton, A., y Celentano, D. (2001). *Illicit Drug Use in One's Social Network and in One's Neighborhood Predicts Individual Heroin and Cocaine Use*. *Annals of Epidemiology*, 11 (6), 389-394.
- Schrag, S., y Wiener, P. (1995). *Emerging infectious disease: what are the relative roles of ecology and evolution?* *Trends in ecology and evolution*, 10(8), 319-324.
- Secretaría de Educación Pública. (2001). *El Desarrollo de la Educación. Informe Nacional de México*. México, DF: Secretaría de Educación Pública. Dirección General de Relaciones Internacionales. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de <http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/documentos/desarrolloeducativo.pdf>
- Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología de VIH/SIDA. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). (2014). *Casos de VIH y SIDA diagnosticados y notificados según año y vía de transmisión en las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo, 1983 - 2014*. México, DF: Secretaría de Salud. Información solicitada por el IFAI.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, DF: Secretaria de Salud.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México DF: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. (2000). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2000*. México DF: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. (2006). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2006*. México DF: Secretaría de salud.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección General de Epidemiología. (2007). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2007*. México, DF: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. (2009). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2009*. México, DF: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. (2011). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2011*. México, DF: Secretaría de salud.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. (2012). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2012*. México DF: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. (2014). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. Informe 2014*. México, DF: Secretaría de Salud.
- Semanario Zeta (2016). “Cártel Arellano Félix: 23 años impunes de lavado de dinero”, julio 17, 2016. <http://zetatijuana.com/2016/07/17/cartel-arellano-felix-23-anos-impunes-de-lavado-de-dinero/> Revisado el 8 de Agosto de 2016.
- Serrano, M. (2007). México: narcotráfico y gobernabilidad. *Pensamiento Iberoamericano*(1), 251-278.
- Serrano, M. (2012). *States of Violence: State-Crime Relations in Mexico*. En W. G. Pansters, *Violence, Coercion, and State-Making in Twentieth-Century Mexico: The Other Half of the Centaur* (págs. 135-158). California: Stanford University Press.
- Singer, J. D. y Willett, J.B. (2003). *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence*. Oxford: Oxford University Press.

- Snyder, R. and Durán Martínez, A., (2009). Drugs, violence, and state-sponsored protection rackets in Mexico and Colombia. *Colombia Internacional*, (70), pp.61-91.
- Solis, P. (2007) Inequidad y movilidad social en Monterrey, El colegio de México, México.
- Solis, P., Gayet, C., y Juárez, F. (2008). “Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social. En S. Lerner, y I. Szasz, *Salud Reproductiva y condiciones de vida en México* (Vol. 1). (págs. 397-428). México, DF: El Colegio de México.
- Strathdee, S., y Magis-Rodriguez, C. (2008). Mexico’s evolving HIV epidemic. *JAMA*, 300, 571–573.
- Strathdee, S., Lozada, R., Pollini, R., Brouwer, K., Mantsios, K., Abramovitz, D., y Patterson, T. (2008). Individual, Social, and Environmental Influences Associated With HIV Infection Among Injection Drug Users in Tijuana, Mexico. *JAIDS Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 47 (3), 369-376.
- Strathdee, S., Magis-Rodriguez, C., Mays, V., Jimenez, R., y Patterson, T. (2012). The Emerging HIV Epidemic on the Mexico-U.S. Border: An International Case Study Characterizing the Role of Epidemiology in Surveillance and Response. *Annals of Epidemiology*, 22(6), 426-438.
- Strathdee, S., Arrendondo, J., Rocha, T., Abramovitz, D., Rolon, M.L., Patiño, E., Rangel, M.G., Olivarría, O.H., Gaines, T., Patterson, T., Beletsky, L. (2015). A police education programme to integrate occupational safety and HIV prevention: protocol for a modified stepped-wedge study design with parallel prospective cohorts to assess behavioural outcomes. *BMJ Open* 2015;5: e008958. doi:10.1136/bmjopen-2015-008958
- Szasz, I. (2006) Relaciones de género y desigualdad socio-económica en la construcción social de las prácticas sexuales en México. Ponencia, CEDUA, El Colegio de México, México.
- Szasz, I. y Lerner, S. (1996). Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Tapert, S., Aarons, G., Sedlar, G., y Brown, S. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28 (3), 181-189.
- Tena Tamayo, C. (2012). El consumo de heroína en México. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD. Quincuagésimo primer período ordinario de sesiones. (pág. Del 9 al 11 de mayo de 2012). Washington D.C.: Organización de los Estados Americanos.
- Toquero Hernández, M. A. (2014). La construcción de los significados de ser hombre en varios usuarios de sustancias psicoactivas. Tesis para optar por el grado de doctor en Psicología. Mexico, DF: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.
- Valdespino Gomez, J. L., García García, M. d., Zolezzi, A. D., Loo Méndez, E., Magis-Rodríguez, C., y Salcedo-Alvarez, R. A. (1995). Epidemiología del SIDA/VIH en México: de 1983 a marzo de 1995. *Salud Pública de México*, 37(6), 556-571.
- Valdés, G. (2013). Historia del narcotráfico en México. México DF: Aguilar.
- Valenzuela Arce, J. M. (1988). ¡A la brava ese! Cholos, punks, chavos banda. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Valenzuela, E., y Fernández, M. (2011). The Sequence of Drug Use: Testing the Gateway Hypothesis in Latin America. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1 (1), 1–8.
- Van Wissen, L., y Dykstra, P. (1999). Population Issues. An interdisciplinary focus. . New York: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute. Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Vélez Moreno, J. F., Cadavid Zuleta, L., y Galvez, C. A. (2004). «BiographExecutor»: Un sistema de Soporte Metodológico. Caxambu, MG. Brasil: Trabalho apresentao no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu-MG – Brasil, de 20-24 de setembro de 2004.
- Villatoro-Velázquez, J., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M., Mendoza-Alvarado, L., Romero-Martínez, M., Guisa-Cruz. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud.

- Villatoro-Velázquez, J., Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R., Medina-Mora, ME, (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. México, DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Wagner, K., Davidson, P., Pollini, R., Strathdee, S., Washburn, R., y Palinkas, L. (2012). Reconciling incongruous qualitative and quantitative findings in mixed methods research: Exemplars from research with drug using populations. *International Journal of Drug Policy*, 23, 54-61.
- Welti, C. (2005) "Inicio de la vida sexual y reproductiva", EN: Papeles de Población, Año 11, Número 45.