



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ecología social de la adicción: Causas, consecuencias y correlaciones del consumo prolongado de solventes inhalables sobre la cognición, la afectividad y el estilo de vida en población callejera de Ciudad de México

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MATEO RIVERA SÁNCHEZ

DIRECTOR DE LA TESIS
ROBERTO EMMANUELE MERCADILLO CABALLERO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2019

There was a time, looking through myself
wanting to pretend
If I escaped, I could fill myself
I don't think you can
Been far and wide, but that hole inside
never really leaves
When I went away, what I really left,
left behind was me
Million miles away, The Offspring

En memoria de Brian "El Pato".

Agradecimientos:

A Roberto, por su experiencia, paciencia, guía y amistad.

A Lorena, por ser mi colega más valiosa.

A Mónica, por demostrar ser merecedora de mi confianza, por estar ahí para escucharme y corregirme, y por ser mi mejor amiga en el mundo.

A Gabriela, por ser mi amiga tras haberme visto en mis mejores y mis peores momentos, por conocerme y entenderme, por ayudarme a ser mejor.

A Virginia, por saber aguantarme.

A Sarahi, por nunca perder la esperanza en mí.

A Itzel, por quererme y por creer en mí siempre.

A Bruce Alexander, por mostrarme a mis enemigos.

A mis equipos de Psicología Social Comunitaria, al Caracol, a la RIDIACC, a Mi Valedor, a los integrantes y colaboradores de Psicocalle Colectivo y a todas las personas y organizaciones cuya labor es que la vida en calle sea más digna y segura.

A Luis, Ricardo y a Axel, por su apoyo inagotable en mis proyectos tanto académicos como personales.

A Erik Salazar y a Juan Carlos Huidobro, por su amistad, compañerismo y por enseñarme tanto dentro del aula como fuera de ella.

Al Padre Chinchachoma, por inspirarme con su leyenda y a sus hijos por continuar con su legado.

A Eliseo, Ernesto "el Pelón", Oswaldo "el Mono", Abraham "el Trucutrú", Julio César (D.E.P.), Iván "el Gato", Félix "el Chino", Víctor "el Gorila", Mario "el Mamado", Gustavo "Goner", Moisés "Tres Puntos", Kevin, Elim "el Chuky" y a todos los otros entrañables amigos que he conocido en la calle: Para ustedes es este trabajo.

Ecología social de la adicción: Causas, consecuencias y correlaciones del consumo prolongado de solventes inhalables sobre la cognición, la afectividad y el estilo de vida en población callejera de Ciudad de México

Resumen: Debido a la falta de evidencia acerca de los efectos del consumo de inhalables en población callejera en Ciudad de México sobre cognición, afectividad y estilos de vida, se aplicaron pruebas neuropsicológicas a diez participantes que laboraran o pernoctaran en las calles de la ciudad, y hubieran utilizado inhalables durante un periodo prolongado, complementado con un estudio etnográfico en los puntos en los que radican. Los resultados de las pruebas psicométricas aplicadas a los sujetos no reflejan adecuadamente algunos de los testimonios de los participantes, acerca de su cotidianidad y su relación con la droga. Dada la heterogeneidad de la población, las razones del consumo son muchas y muy variadas. Los resultados neuropsicológicos y los daños a nivel sistema nervioso son bien explicados por el paradigma médico-psiquiátrico del National Institute of Drug Abuse, conocido como la Visión Oficial de la Adicción, pero los resultados etnográficos son mejor comprendidos desde la teoría de la dislocación de Bruce Alexander, complementada con otra evidencia que sitúa la adicción como consecuencia y no como causa del estilo de vida de la persona, mismo que se desarrolla en un entorno altamente estresante, con altos niveles de violencia, un estatus socioeconómico bajo y tras un historial de eventos adversos en la infancia, situaciones que impiden la integración psicosocial de la persona y desembocan en la adicción. Estos fenómenos se desarrollan a nivel comunidad y en tiempos recientes se ha incrementado su prevalencia a consecuencia del sistema capitalista neoliberal teniendo consecuencias devastadoras sobre la salud de las personas.

ÍNDICE

Resumen	5
Capítulo 1. Introducción: Saliendo de casa y Entrando a la calle	10
Capítulo 2. Marco Teórico: La calle, la mona y los otros	16
2.1 ¿Quiénes son los chavos de calle? Conceptos sobre la población en calle y Sociodemografía.....	17
2.2 Discriminación y estigma	28
2.3 Drogas y la calle: Inhalables	33
2.4 Adicción: La Visión Oficial	51
2.5 La adicción como enfermedad cerebral	58
2.6 Teoría de la Dislocación de la Adicción	63
Capítulo 3. Metodología: Viendo a los invisibles	71
3.1 Problema	72
3.2 Objetivo.....	72
3.3 Hipótesis	72
3.4 Participantes	73
3.5 Procedimiento	75
3.6 Pruebas psicométricas.....	77
Capítulo 4. Resultados: ¿Enfermedad y discapacidad o adaptación y supervivencia?	85
4.1 Evaluación de niveles de consumo y comorbilidad psiquiátrica.....	86
LIBARE	86
MINI.....	87
4.2 Evaluación sobre situaciones que favorecen el consumo.....	90

ISCA.....	90
ICS	93
4.3 Evaluación sobre la cognición	97
BETA III.....	97
MINI Mental.....	97
NEUROPSI	98
4.4 Evaluación sobre la afectividad y el estilo de vida	100
Perfil de Estrés.....	100
IRI.....	104
Capítulo 5. Discusión: La fórmula de la adicción	107
5.1 Psicometría.....	108
5.2 La adicción como enfermedad de la modernidad	113
5.3 La calle como sociedad fragmentada	127
5.4 México fragmentado	130
5.5 Eventos Adversos en la Infancia (EAI).....	132
5.6 Violencia en las comunidades	136
5.7 Estrés.....	139
5.7.1 Estrés crónico	140
5.7.2 Estrés ambiental	143
5.8 Estatus socioeconómico y desigualdad	145
Capítulo 6. Conclusiones: Hacia una redefinición del trabajo en calle	155
Referencias	164
ANEXOS	181
1. Propuesta de modelo socioecológico de la adicción.....	181
2. Carta de consentimiento informado	182

No existe peor privación, quizá, que la de los perdedores en la lucha simbólica por reconocimiento, por acceso a ser socialmente reconocido como un ser social, en una palabra, a la humanidad.

-Pierre Bourdieu

La realización de este trabajo hubiera sido imposible sin la participación activa de numerosos *chavos de calle* quienes, con sus relatos y experiencias, ilustran los fenómenos que reporta la literatura. Diversos testimonios son citados a lo largo del texto para ejemplificar cómo se viven en carne propia los fenómenos del consumo, la discriminación y la violencia, por mencionar algunos.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN: SALIENDO DE CASA Y ENTRANDO A LA CALLE



Ilustración 1. Toby

El estudio de las poblaciones callejeras y sus prácticas ha sido histórica y académicamente considerado como de poca importancia. Entre las razones para esto destacan algunas dificultades metodológicas: El acercamiento con pobladores callejeros es frecuentemente evitado por situaciones de peligro y estigma, por su estilo de vida y de abuso de sustancias, pero, más importante, es la ausencia del deseo por exponer los fracasos de la sociedad, no a estas personas, sino el sistema que obliga a cientos a vivir de una manera indigna, rodeados de peligros, abusos y tragedias.

La designación otorgada a estas poblaciones ha cambiado conforme se ha reconocido que es un grupo compuesto por personas de muy diversos trasfondos, mismos que conviene no generalizar. Cada historia en la calle es única y, por lo tanto, no es extraño que los programas de molde hechos para su asistencia tiendan a fracasar. Sus modelos son discriminatorios, punitivos, moralistas y son elaborados, comúnmente, sin tomar en cuenta a quienes harán uso de ellos. Las aproximaciones son, en su mayoría, de naturaleza paternalista y asistencialista; a los pobladores callejeros no se les toma en cuenta como sujetos de derecho, capaces de escoger lo mejor para ellos, se les infantiliza regularmente a la vez que se les silencia, se les ve y trata como holgazanes, criminales, irresponsables y drogadictos, en una palabra, inmorales.

En años recientes, el uso de *activo*, la droga legal más consumida entre las poblaciones callejeras, ha ido en incremento constante, escalando también en los estratos socioeconómicos más bajos. *Activo* es como se denomina en la calle al solvente, pero éste no es el que se adquiere en tlapalerías u otros establecimientos, más bien, se refiere a una mezcla preparada por traficantes locales, y cuya pobre regulación ha hecho de su venta un negocio altamente redituable. Es una sustancia extremadamente tóxica y no es apta para el consumo humano. La *mona*, medio preferido para el consumo de activo, ha pasado a ser asociada con la pobreza, la baja escolaridad, barrios desfavorecidos y de alta criminalidad y, en general, con poblaciones marginales. Sin embargo, su significancia cultural es más profunda que esta distinción clasista del uso de sustancias. Desde fuera, es aparente que su uso

se relaciona con prácticas y festividades como el reggaetón y el culto a San Judas Tadeo, pero desde dentro, puede cumplir fines indistintos que los del uso de otras drogas: hedónicos y lúdicos, de integración y a la vez de alienación, de identificación y de estigma, de intoxicación y de comunidad (Gigengack, 2013).

El consumo de drogas es prácticamente ubicuo en la vida de quienes habitan las calles. Como consumidores o traficantes, su imagen ha sido usada como el inevitable desenlace de todos aquellos quienes regularmente consumen psicoactivos, sustancias capaces de modificar al cerebro y transformar a la persona, de destruir su vida y a su familia, comunidad o sociedad en el proceso. Estas ideas son las columnas que sostienen la Visión Oficial de la Adicción, la cual resume que el único uso seguro de drogas es el que no ocurre, yendo claramente en contra de lo que la evidencia realmente indica.

La guerra contra las drogas es una manifestación política sobre cuáles sustancias y prácticas son permisibles y cuáles no, cuyo fin ha sido el de perpetuar un *status quo* que oprime a determinadas minorías y cuya argumentación incluye alguna forma de la Visión Oficial. Sin embargo, tres hechos que son frecuentemente ocultados por estas autoridades abren la puerta a repensar la adicción y nos obligan a reconsiderar la relación de la sociedad con las drogas (Heyman, 2013): (Los números precisos de cada uno de estos puntos varían según la droga en cuestión.)

1. La mayoría de las personas no utiliza la mayoría de las drogas.
2. La mayoría de las personas que utilizan alguna droga no desarrollan una adicción.
3. La mayoría de las personas que desarrollan una adicción son capaces de recuperarse sin ninguna clase de intervención.

Las drogas, químicos capaces de alterar el estado de ánimo y la percepción, han acompañado al ser humano toda su historia y en todas sus sociedades (Hagen, Roulette, & Sullivan, 2013). Afortunadamente, o no, distintas sustancias que son producidas por plantas y animales para su defensa o como subproductos de su metabolismo han encontrado, en las manos de nuestra especie, usos rituales y significados mágicos y trascendentales. A pesar de esta larga tradición, no es hasta

el siglo XV cuando comienzan a aparecer registros de individuos incapaces de controlarse frente al uso u obtención de distintas sustancias. Platón había descrito ya las *pasiones maestras*, pero éstas estaban más preocupantemente asociadas al poder, al sexo y a las riquezas que a las drogas disponibles en la época. La palabra *adicción* fue usada, así, en un sentido más amplio hasta el siglo XIX, cuando se vinculó casi exclusivamente con las llamadas *drogas de abuso* (Alexander, 2010).

Con la colonia y la esclavitud, millones de personas fueron arrebatadas de su cultura mientras que futuras generaciones crecerían sin un sentido de identidad, sin conocer su lengua ni su historia. Es en esta clase de sociedades, con una desigualdad nunca antes vista, donde las adicciones comienzan a hacerse comunes (Alexander, 2010). La modernidad trajo consigo cambios gigantescos y que aún en el presente no se han frenado: una reducción en la pobreza, enfermedades, hambrunas, guerras, expectativas de vida más largas, la prevalencia de las democracias sobre las monarquías y un incremento nunca antes visto de riqueza (Pinker, 2018). Esto ha venido al costo de la devastación ecológica y de una reformulación en cuanto a la creación de conocimiento. Con la adopción de la ciencia como método para evaluar lo que es verdad, la religión y las verdades reveladas quedan desplazadas al plano de la ficción, y con ellas, las tradiciones y rituales comienzan a desaparecer.

La persecución legítima de fines individuales y de autorrealización (Lipovetsky, 1983) se vuelven el centro de la vida de las personas, y esto permite que las sociedades de libre mercado se desarrollen sin el obstáculo de las tradiciones familiares, los deberes históricos, las aspiraciones religiosas o las obligaciones comunales. Estos cambios han sido considerados como uno de los mayores triunfos de la modernidad, pues ha librado a las sociedades del yugo de la monarquía y la iglesia para someterlas al yugo de la burguesía y del mercado, mientras que las personas, ahora individuos libres de hacer su voluntad, también se encuentran libres de su historia y de su identidad, de un sentido de significado y propósito. Es en este hueco donde la adicción es capaz de crear un nido y de otorgarle al adicto lo que en su vida no es capaz de hallar.

Los cambios en el cerebro de quien desarrolla una adicción a las drogas, aparte de los efectos particulares de cada una, son indistinguibles de quien desarrolla una adicción a otra conducta o persecución. La actividad de la corteza prefrontal, encargada de asignar valor a las recompensas, del autocontrol y la planeación, se ve impedida. La actividad del estriado ventral, receptor de las recompensas, comienza a migrar hacia el estriado dorsal, donde se procesan conductas habituales. Conforme el consumo progresa, las distintas características del entorno comienzan a ser asociadas al consumo, como el lugar físico donde se suele consumir o las personas que suelen acompañar al consumidor, y pueden, por ellas mismas, iniciar la cascada química del deseo por consumir. Los receptores a dopamina en el estriado comienzan a desaparecer, por lo que el consumo debe incrementar en frecuencia o cantidad para obtener el efecto deseado. Si son estos mismos cambios los que ocurren con un enamoramiento intenso (Lewis M. , 2016), pero también con la obesidad, entonces nos indican, que son producto de un mecanismo que en condiciones normales es evolutivamente adaptativo, pero que ha traicionado su propósito.

Como especie, el *homo sapiens* requiere de la integración a un grupo para asegurar su sobrevivencia, no sólo para la distribución de tareas o por la altricialidad de las crías, sino porque la identidad y la pertenencia, vía *status*, son recompensas necesarias que ligan inextricablemente procesos psicobiológicos (MacDonald & Leary, 2005; Dunbar, 2009). El fracaso por obtener estas metas es insoportable y un sustituto debe hallarse inmediatamente, de lo contrario, los desenlaces son invariablemente la depresión, el estrés y, en casos extremos, la adicción, la locura y la muerte (Alexander, 2010).

En el presente, las sociedades capitalistas de la modernidad tardía valoran al individuo auto construido y autorrealizado a través del consumo y de la posesión material, única fuente de hedonismo y sinónimo de éxito social (Lipovetsky, 1983). Este éxito es, por supuesto, obtenido meritocráticamente, es decir, sin la intervención de alguna clase de privilegio o ventaja. En una sociedad justa, son los individuos más inteligentes, más comprometidos y los que están dispuestos a

esforzarse más quienes pueden obtener todo lo que desean. Mientras tanto, al otro lado del espectro, se encuentran los pobres, entre los que abundan los discapacitados, los enfermos mentales y los adictos, pero no al trabajo, a la riqueza o al poder, como los exitosos, sino, frecuentemente, a las drogas.

La vida en las calles de la sociedad mexicana, hija mestiza de la colonia y ahora bajo la influencia inevitable del capitalismo norteamericano y del neoliberalismo (Borges, y otros, 2016), es considerada el símbolo definitivo del fracaso social. La pérdida de los vínculos familiares, el rechazo institucional y la falta de poder, ubican a las poblaciones callejeras en un entorno de privación en el que las adicciones pueden tomar lugar y crecer sin restricciones. En los niveles socioeconómicos más bajos, comienza a abundar la violencia y con ella los eventos traumáticos, el estrés, las enfermedades mentales, la inseguridad, la desesperanza y todos los otros marcadores de una sociedad fragmentada (Wilkinson & Pickett, 2011).

El callejerismo, interseccionado por la pobreza, el estigma, la desigualdad, las adicciones (sólo algunas vinculadas a las drogas) es un problema complejo que merece ser explicado de manera holística, integrando todos los planos que componen la vida de la persona en esta situación. Para esta tarea se vuelve necesario ir escalando desde las neurociencias hasta el nivel económico y, de esta manera, poder apreciar el impacto que tiene, tanto sobre las personas como sobre la sociedad. Sólo así puede aspirarse a una adecuada comprensión del fenómeno y así, poder formular un plan de acción eficaz, basado en la evidencia y en el respeto a los derechos humanos.

La calle es el pinche infierno, hermano.

–Eliseo González

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO: LA CALLE, LA MONA Y LOS OTROS



Ilustración 2. Altar callejero a los muertos en la Candelaria

2.1 ¿QUIÉNES SON LOS CHAVOS DE CALLE? CONCEPTOS SOBRE LA POBLACIÓN EN CALLE Y SOCIODEMOGRAFÍA

El callejerismo en Ciudad de México es un fenómeno estudiado formalmente desde la década de los 80. Con toda seguridad, ya debía existir previo a este periodo, pero dado un incremento en el número de migrantes en áreas conurbadas, comenzó a volverse más notorio, no sólo en México, sino en toda América Latina, donde sus números han ido en incremento desde entonces (Murrieta, 2009). Este fenómeno, sin embargo, tampoco es ajeno a los países ricos, algunos de los cuales, como Estados Unidos y Francia, tienen altos índices, y en otros, como Reino Unido, las cifras han incrementado enormemente en años recientes. En México, la OECD reportó que en 2010 había un total de 40,911 personas sin hogar en el país, es decir, 0,04% de la población total (Ortiz Ospina & Roser, 2019).

El Tercer Censo de Población de Calle 2010-2011 realizado por la Secretaría de Desarrollo Social registró 3,282 personas (Ruiz Coronel A. , 2011) mientras que para 2017, el Instituto de Asistencia e Integración Social afirmó que 6,754 personas conformaban lo que denominó *población callejera*. Las cifras son variables y probablemente imprecisas, debido a una variedad de factores, pero es de notarse una tendencia creciente en ellas, lo que sugiere que este fenómeno no es resultado de un conjunto de decisiones individuales similares, sino de la influencia de procesos macro estructurales (Ruiz Coronel A. , 2011). Este grupo se compone en un 7% por menores de 18 años y un 4% por mayores de 60, concentrándose la gran mayoría entre los 18 y los 30 años. La población está compuesta en un 87% por hombres, esta disparidad de género será abordada más adelante. Dentro de esta población están sobrerrepresentadas las personas con trastornos psiquiátricos y personas con algún tipo de discapacidad.

El 38.6% no son de CDMX, y de estos, 89.8% provienen de otros estados de la república. Estos grupos no se encuentran distribuidos uniformemente, sino que hay alcaldías en las cuales la población se concentra, como indica la Ilustración 3, donde destacan las alcaldías de Cuauhtémoc y Venustiano Carranza. Es en éstas, irónicamente, donde se concentran actividades comerciales, turísticas, financieras

y de gobierno, ofreciendo mayores oportunidades para quienes viven en las calles debido al flujo de dinero y de gente (Strickland, 2011).



Ilustración 3. Alcaldías expulsoras y receptoras (Strickland, 2011)

Ruiz Coronel (2017) ha señalado las imprecisiones que los censos de estas poblaciones tienen intrínsecamente. Éstas incluyen, aunque no se limitan a, que estos actores sociales a menudo evitan las interacciones con instituciones y, al no contar con documentos de identidad y ser juzgados por su apariencia física, algunas personas pueden pasar desapercibidas mientras que otras son contabilizadas más de una vez. También es de vital importancia señalar que el fenómeno del callejerismo no es reductible a no poseer una residencia (Johnstone, Jetten, Dingle, Parsell, & Walter, 2015). Esto sería ignorar todas las otras variables que lo intersectan, como la pobreza, la discriminación, la migración, el desempleo y el uso de sustancias. Por eso, el concepto *poblaciones callejeras* debe englobar todas las razones por las que se llega a la calle y cómo se sobrevive en ella; incluye sus prácticas e identidades, así como sus símbolos y espacios (Ruiz Coronel A. , 2017). Es por esta razón que la etnografía es una herramienta invaluable para su estudio,

ya que es tarea del etnógrafo evitar pensar institucionalmente para poder revelar el orden desconocido de la vida en calle, “porque la vida en calle es caótica, pero no sin orden” (Gigengack, 2008). Es particularmente difícil trabajar con quienes viven en la calle, pues son tan obvias sus necesidades y sufrimientos que uno fácilmente puede caer en clichés. Las instituciones típicamente los asumen simplemente como víctimas pasivas de circunstancias miserables (Gigengack, 2000; 2008).

La mayoría se encuentran en cruceros y avenidas, mercados, tianguis y estaciones de metro, parques, corredores comerciales, zonas turísticas, terminales de autobuses, baldíos, y estacionamientos (Strickland, 2011) y donde no hay fuerte presencia policiaca. Suelen dedicarse a una gran variedad de empleos informales que incluyen ayudar a comerciantes o vecinos con distintas tareas, limpiaparabrisas, artes circenses en la calle o en el transporte público, pedir limosna (*taloneo*), venta de dulces u otros bienes, reciclaje de latas, cartón y plástico. Ya que sus métodos de supervivencia son constantemente penalizados y/o sancionados (Ruiz Coronel A. , 2017) y los empleos formales suelen estar fuera de su alcance debido a su baja escolaridad, falta de documentación y/o antecedentes penales, en ocasiones se ven orillados a buscar fuentes de ingresos fuera de la ley como robos, asaltos, trabajo sexual y tráfico de sustancias.

La definición de poblaciones callejeras ha atravesado numerosas transformaciones desde sus inicios (Taracena Ruiz, 2010). Jóvenes en riesgo, vulnerables, callejeros, en situación de calle, jóvenes de la calle, poblaciones callejeras, etc. Todos ellos son de la calle, pero algunos también de sus casas; están en las instituciones, pero regresan a la calle; pueden dormir en hoteles, pero también pasar temporadas en anexos o en reclusorios. Sus identidades se encuentran en tránsito, en una itinerancia urbana (Strickland 2011). No existe una permanencia como tal, sólo una desinstitucionalización y una alternancia en sus estilos de vida, lo cual dificulta su estudio y seguimiento.

En la primera mitad del siglo XX, los pobladores callejeros comenzaron a verse como corruptores de la juventud, delincuentes y asociados con las drogas. Eran vistos como víctimas del vicio, antisociales, hijos de prostitutas, madres solteras y padres alcohólicos. Eran los que, habiendo roto sus lazos familiares, dormían en las

calles y, por eso, se les llamó *niños de la calle* porque, aunque vivían con sus familias, trabajaban en la calle. Sin embargo, muchos no se identificaban con esta etiqueta y preferían describirse por el lugar que habitaban (Ruiz Coronel, 2017; Johnstone, Jetten, Dingle, Parsell, & Walter, 2015). Entonces, se comenzó a usar el término propuesto por el Programa de la Unicef y el DIF: *Menores en situación extraordinaria*, “son seres oprimidos que sobreviven en las calles, a los cuales se ha negado la posibilidad de desarrollarse y conquistar un futuro mejor” (Ruiz Coronel A. , 2011). Posteriormente se fueron proponiendo otras nomenclaturas: *niño de la calle* o *niño en la calle*, para distinguir a quienes habían perdido los lazos con sus familiares de aquellos que trabajaban en la calle pero que aún los conservaban, aunque los iban perdiendo paulatinamente. A estas dos categorías se agregó *en riesgo de calle*. Los *niños de la calle* eran aquellos para los que el espacio público, más que la familia, se había vuelto su hogar y modo de vivienda, y se encontraban en una situación sin protección ni supervisión, mientras que los *niños en la calle* trabajaban o hacían otras actividades en el espacio público, pero regresaban a sus hogares y a sus familias periódicamente (Taracena Ruiz, 2010).

En la década de los 80 y principios de los 90, la población de la calle era predominantemente infantil. Ellos se convertirían en los jóvenes y adultos actuales quienes, con el tiempo, habrían reemplazado definitivamente sus casas por las calles, consumían solventes regularmente y vivían en constante tensión huyendo de la policía y las instituciones. Dejaron de ser considerados como necesitados de protección y se volvieron (o fueron nombrados) delincuentes. En estas décadas comenzaron a operar numerosas organizaciones de la sociedad civil, lo cual provocó un cambio demográfico (Ruiz Coronel A. , 2017). Se comenzó con el objetivo de descubrir las causas de la vida en calle y su subcultura. Para la siguiente década, la investigación se basaba en descubrir los efectos dañinos sobre la salud y el desarrollo. Tras un periodo inicial de victimización y aislamiento, la investigación comenzó a centrarse en las experiencias y estrategias para lidiar con la adversidad (Murrieta, 2009).

Todas estas categorías resultaron poco funcionales, ya que era imposible delimitar las fronteras entre una situación y la siguiente. Se propuso el término *carrera del niño de la calle*, que da mejor cuenta sobre la dinámica constante de la situación en calle. Para ese momento no había una clasificación para las familias enteras que vivían en calle, o para las personas de mayor edad. La categoría de *niños en calle* fue reemplazada varias veces durante los 90 por la de *niños con necesidades*, *niños en riesgo* y otras más, pero que siempre veían al niño como víctima de sus circunstancias, nunca tomando en cuenta su capacidad de elegir (Murrieta, 2009).

Se fue cambiando poco a poco la denominación de *niño* por la de *joven*, pues los rangos de edad han continuado ampliándose y se han continuado diversificando los programas de atención. Tras los censos del '92 y del '95, se propuso el término *niños/as y jóvenes en situación de calle*, ya que permitía describir diferentes procesos de la relación de los jóvenes con la calle (Taracena Ruiz, 2010). En 2002, El Caracol, A.C. propuso utilizar el término *poblaciones callejeras* para referirse a todas las personas que sobreviven en la calle. Por un lado, simplifica y facilita el problema de la terminología, pero por otro, se pierden las distinciones dentro de esta población, como las edades o el tiempo que llevan en la calle. Sin embargo, hay una cultura, una identidad y un modo de vida callejero que estas personas comparten (Strickland, 2011), aunque éste, por desgracia, a la vez que a manera de resistencia interioriza la rabia de quienes la conforman, organiza su propia destrucción y la de las comunidades que los acogen. A pesar de que la cultura callejera surge de una búsqueda de dignidad y del rechazo del racismo y la opresión, a la larga se convierte en un factor activo de degradación y ruina, tanto personal como de la comunidad (Bourgois, 1995).

Más recientemente, Castelli, Escalante, & Méndez Rojas (2018) han propuesto nuevas clasificaciones como:

- a) Indigente institucional: El que usa las instituciones. Permanece en calle por algún motivo, como depresión, adicciones, problemas con la ley o, en algunos casos, utiliza su dinero para enviárselo a familiares, lo cual le impide rentar una vivienda. Regularmente no padece problemas psiquiátricos

graves. Sus adicciones han alcanzado ya un grado funcional dentro de su vida, pues aunque es consumidor activo, es raro verlo tirado durante muchos días por las afectaciones del alcohol y/o drogas. Suele tener buena relación con los vecinos de su punto de reunión, pernocta y/o tiene actividad económica y por lo tanto no suele tener problemas con la policía.

b) Indigente ocasional: Se caracteriza por ser cíclico en sus procesos de entrada y salida de la calle, prácticamente a voluntad. Es decir, cuenta con los recursos necesarios para entrar y abandonar la calle en el momento que lo decida. Regularmente tienen problemas de adicciones o problemas en su comunidad doméstica que los expulsan a la calle, por lo cual prefieren estar en ella, pues el grupo los acoge dentro de su dinámica.

c) El clásico: Ha caído en fuerte descuido y autoabandono y se identifica por pasar largos periodos sin aseo personal, muchas veces combinado con un alto grado de consumo de sustancias, además de tener una muy marcada tendencia de aislamiento en su comportamiento con brotes de agresividad. Existe un mayor daño ocasionado por su vida en calle, dados algunos agravantes como un periodo de vida en calle demasiado largo fuerte consumo de sustancias que ha provocado daño cognitivo, enfermedades mentales crónico-degenerativas, han sufrido de violaciones o golpizas en las calles y su red social de apoyo es prácticamente inexistente.

d) El desempleado: Sujetos que viven en la calle cuando no tienen empleo y sus recursos económicos disminuyen. Son una población intermedia entre la calle y la vivienda formal.

e) El sujeto en riesgo de calle: Persona cuya dinámica de vida está muy relacionada con los grupos de población callejera dado que convive con ellos, consume alcohol y/o drogas con ellos y forman parte de su red egocéntrica; sin embargo cuenta con una casa a la que regresa casi a diario y tiene alguna actividad económica que le permite desarrollar una vida más allá de las condiciones de sobrevivencia de la calle.

En el presente, EDNICA ha utilizado *personas vinculadas con la vida en calle* (Ruiz Coronel A. , 2017) para referirse a todas las personas cuyas vidas están ineluctablemente definidas por situaciones presentes o pasadas referenciadas en el contexto de la calle. **Población callejera es, para este trabajo, aquella definida por pasar la mayor parte del tiempo en las calles, independientemente de su nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, uso de sustancias, tipo de trabajo o lugar de pernocta, aunque todas estas se expresan de formas similares y participan en una cultura común.**

A pesar de todo esto, se sigue utilizando frecuentemente el término *niños de la calle*, como si no existieran grupos de otras edades, o bien, ignorando a los mayores e infantilizando a los jóvenes. En general, los estudios demográficos, las teorías e investigaciones sociales se han enfocado en los grupos y poblaciones infantiles, sin considerar la diversidad de la cultura callejera y dándoles prioridad a los menores a pesar de que estos componen sólo una fracción de la población total (Strickland, 2011). El fenómeno de la victimización es recurrente en los usuarios de drogas, como se verá más adelante. Se asume que las personas en esta situación han perdido el control de su vida y por lo tanto requieren ayuda externa. Esto también se asocia a sus bajos niveles de educación y a su condición de pobreza. El paternalismo es una reacción común al pensar estrategias de ayuda para estas poblaciones. Se piensa en ellos como víctimas o agentes pasivos hacia los que sólo se puede proporcionar asistencialismo, ayuda o generosidad (Taracena Ruiz, 2010).

Las razones por las que se sale a las calles frecuentemente incluyen la pérdida de vínculos con familiares y otras personas cercanas, a menudo por muerte o encarcelamiento, bajo nivel socioeconómico, falta de empleo, violencia doméstica, física, verbal y/o sexual, y, aunque frecuentemente atribuido de manera incorrecta, por abuso de sustancias. También pueden propiciar la salida enfermedades psiquiátricas, procesos de gentrificación y en algunos casos más escasos, no hay propiamente una salida a la calle, sino que son la segunda generación o en adelante, es decir, nacieron ahí (Castelli, Escalante, & Méndez Rojas, 2018). Sin

embargo, estas disfunciones no solamente son el resultado de fallas en la familia o de patologías individuales, sino son el resultado de fenómenos a nivel macro social, mismos que facilitan, aunque no determinan, la salida a las calles, evidente por quienes escogen no tomarla. Sin embargo, parece que siempre hay un fuerte evento traumático que antecede a la salida, o bien, la huida hacia un espacio menos dañino que el que habitan; la búsqueda de recreación, dinero, identidad o un lugar al cual pertenecer. Cada historia es única, pero todas están enmarcadas en situaciones sociales y familiares difíciles (Taracena Ruiz, 2010). Algunos escogen la calle porque es su única opción y otros porque es su mejor opción. Se han hecho esfuerzos por estudiar cómo se llega y cómo se vive en las calles, pero rara vez por qué se permanece en ella (Murrieta, 2009).

A pesar de que las formas de vivir en la calle son similares en diferentes localidades (Taracena Ruiz, 2010), la experiencia de vivir en la calle no se puede globalizar, sino que es particular y responde a la vida de cada persona (Ruiz Coronel A. , 2017). Además, dada la gran diversidad de edades y razones para vivir en calle, las etiquetas a menudo son insuficientes y vuelven erróneas las generalizaciones acerca de la población pues no toma en cuenta las diferencias individuales de quienes la componen (Johnstone, Jetten, Dingle, Parsell, & Walter, 2015). Las

“La gente se monea por problemas que tienen con sus familiares (...) por eso es precisamente que se salen de su casa.”

Alberto, como otros miembros de la población callejera, conoce de cerca las experiencias de otros dentro del mismo grupo y ha comenzado a notar sus patrones.

poblaciones en distintos puntos, y aún dentro de uno solo, son sumamente heterogéneas a pesar de las generalidades que en el transcurso del trabajo comienzan a hacerse evidentes. Las prácticas sociales de cada grupo son únicas, así como su historia y su relación con las drogas, el epicentro de este trabajo.

La pérdida de relaciones sociales anteriores a su salida les obliga a formar unas nuevas para poder sobrevivir. Éstas son frecuentemente con quienes ya tienen experiencia sobreviviendo en la calle o con quienes les ayudan a hacerlo. Sin embargo,

con el tiempo, las experiencias de violencia y marginación y el progreso de las adicciones, la disposición por incrementar o mantener sus redes disminuye, además de que estas redes son poco confiables porque están fragmentadas por las propias tensiones de la vida en calle (Gigengack, 2000). También, dado su constante estado de intoxicación, falta de higiene, enfermedades contagiosas, incapacidad lingüística y cognitiva, es difícil la interacción aun cuando es deseada (Ruiz Coronel A. , 2017).

Manuel, un poblador de la calle en CDMX, decide no juntarse con otros grupos de calle: *“No puedo juntarme con ellos porque sé que voy a estar igual que ellos: Sucio, tirado al vicio.”* Laura, otra habitante de las calles de la ciudad, lo respalda, pues le han dicho *“te juntas con personas que se drogan o se quedan en la calle y no me dan ganas de hablarte. Eres un mugroso igual que ellos”*.

Las redes callejeras son indispensables para la permanencia. A pesar de las relaciones afectivas y el apoyo de otros en la misma situación, en la calle no se puede negar la soledad y la falta de estructura. Por esto, es posible afirmar que entre más tiempo se pase en calle, más difícil es abandonarla y mayor resistencia oponen a los intentos externos de (re)integración social. Las probabilidades de abandonar la calle dependen de las oportunidades que se encuentren fuera de ella, pero estas van desapareciendo por las razones ya mencionadas (Murrieta, 2009; Taracena Ruiz, 2010). También, aunque la calle es un espacio público, está dividido en territorios. Cada persona tiene su zona de trabajo, lugares

de diversión y espacios para dormir. Es raro que una persona se aventure fuera de su territorio sin una razón de fuerza para hacerlo. El mundo de la calle es limitado y aun en Ciudad de México, no hay tantas calles a donde los sin hogar pueden ir. Esto limita su red de apoyo y los servicios de los que pueden hacer uso (Strickland, 2011; Gigengack, 2000).

López Pérez y Barragán Rodríguez (2012; pp30) proponen: “Los jóvenes de la calle se han fugado del hogar familiar para evadir, por lo general, la violencia de la que eran objeto, y se encuentran en los espacios centrales de la ciudad buscando una alternativa a la vida que llevaban con sus familias. Con el tiempo establecen un

fuerte arraigo físico y afectivo con su espacio de vida, el cual —más allá de representar un simple abrigo funcional— constituye un hogar íntimo y privado que les permite construir y expresar su identidad de grupo. Así, pues, el espacio reviste importancia, tanto en términos de subsistencia como de socialización, de afectividad e identidad.” La calle representa un lugar de conflictos y confrontaciones, pero también es percibida como lugar de interacciones y alianzas; es un espacio que pone en riesgo la integridad física, con el consumo de drogas entre otros factores, pero a la vez el consumo los une a su grupo de pertenencia y crea cierta cohesión.

En la calle pertenecen a un grupo, además de que promueve una sensación de poder, expresada en oportunidades para robar y engañar, para aprovecharse otros más pequeños o recién ingresados. La calle también es un espacio donde se es independiente y libre a tomar propias decisiones, consumir drogas, tener relaciones sexuales, etc. En la inseguridad de la calle predomina todo lo que atrae a los jóvenes hacia ella (Strickland, 2011; López Pérez & Barragán Rodríguez, 2012). En la calle

Laura, acerca de su estado constante de preocupación frente a los peligros de la calle, dice *“Hay que estarse cuidando de todo, que no lleguen los de la tira, que no lleguen los del anexo, que no lleguen otros chavos que les caes mal y te quieran picar o te quieran pegar, hay que estar al todo, más al ser mujer, gente que llega y quiere abusar de ti, no puedes dormir”*.

se pueden encontrar las condiciones indispensables de vida: amigos de los que se recibe protección, un grupo del que se recibe afecto, drogas, sexo y poder para sentirse libres y hacer lo que plazca. Sin embargo, la violencia y el abuso son constantes y la soledad es un sentimiento recurrente. Existe inseguridad, pero también existe el miedo de que en sus hogares o albergues se repita la misma violencia o abusos que los hicieron elegir esta alternativa. Algunos jóvenes enfrentarían más estrés y peores condiciones de vida en sus hogares que en las calles (Murrieta, 2009).

Laura dice: *“La calle es donde aprendes a sobrevivir”*
Jorge, otro participante, dice: *“La calle te enseña a ser buitre”*.

La calle es contradictoria, pero los jóvenes permanecen en ella porque es un espacio de posibilidades que responde, al menos parcialmente, a sus necesidades, definidas por ellos mismos y no por las instituciones de asistencia y otros actores que buscan su

reintegración social (López Pérez & Barragán Rodríguez, 2012). La comunidad callejera es donde son capaces de organizar su supervivencia y su autodestrucción, “es donde los sin lugar tienen su lugar” (Gigengack, 2000). Son un grupo que se mueve y transita para escapar de la otredad, una forma de resistir la exclusión social y la marginación (Losantos, Berckmans, Pieters, Dómica, & Loots, 2015). Si bien existen condiciones socioeconómicas que los excluyen tanto de las instituciones públicas como del sistema económico formal, del sistema educativo, del sistema de salud, etcétera, al enfocarnos en sus modos de vida nos percatamos de que no se sienten excluidos de las dinámicas sociales que se dan dentro de las colonias en que viven. Ellos mismos se sienten excluidos en los escenarios de vida en que están insertos (López Pérez & Barragán Rodríguez, 2012).

Los procesos de callejerización son un reflejo de los cambios sociales acelerados que ha sufrido

México: un incremento de la violencia y de la inseguridad, un recrudecimiento de la pobreza extrema, y procesos de migración del campo a la ciudad de forma acelerada y precaria (INEGI, 2017). No es posible aislar el fenómeno de la callejerización de los procesos sociales subyacentes (Taracena Ruiz, 2010). Las poblaciones callejeras parecen un actor social vulnerable, sobre el cual podemos identificar los impactos de una sociedad que excluye, violenta y estigmatiza a sus miembros para después señalarlos como los causantes de los problemas que lo aquejan (Castelli, Escalante, & Méndez Rojas, 2018). Es frecuente que se le

*“- ¿Qué es para ti la libertad?
-Puedo hacer lo que yo quiera, ir a donde yo quiera, que nadie me esté diciendo que no vaya, que no puedo hacer.”*

Ana escogió un parque para vivir porque no le gusta sentirse encerrada.

atribuya al sujeto la entera responsabilidad de sus circunstancias, como que la calle es la alternativa que eligió por ser una opción más fácil, ignorando que el callejerismo es un fenómeno social multidimensional e interseccional (Ruiz Coronel A. , 2017).

2.2 DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMA

El callejerismo ha sido asociado con un bajo desarrollo económico y es visto como un problema que debe ser erradicado (Murrieta, 2009). La población callejera es vista como lo peor de lo peor y provoca la peor clase de prejuicio: el asco y el

“¿Dónde te han discriminado a ti, [Jorge]?”

-Uy, un chingo de lugares (...) por la droga, por pedir dinero... mi vestimenta”.

Luisa, su pareja, relata experiencias semejantes:

- “¿Por qué te han discriminado?”

-Por la apariencia o por el mal olor”.

desprecio (Johnstone, Jetten, Dingle, Parsell, & Walter, 2015). La vida de las poblaciones callejeras es la antítesis del deber ser: no tienen trabajo formal ni domicilio fijo, no van a la escuela y usan drogas, sus relaciones no son estables ni monógamas, sus códigos morales son distintos y realizan sus actividades privadas en el espacio público. Su insolencia es vista con animadversión y muchos exigen que sean castigados (Ruiz Coronel A. , 2017). Los usuarios de drogas en la calle son usados como ejemplos negativos para los niños, un sinónimo

del fracaso y de lo que nunca se quiere llegar a ser. La calle es la vida que se lleva cuando todo salió mal (Gigengack, 2000). Pero la calle también es una forma de resistencia frente a ciertas formas de poder. Vivir en la calle es oponerse a los ideales, es volverse sinónimo de ilegal, anónimo, sucio, no saludable y violento (Murrieta, 2009).

“[Tenemos] problemas por como la sociedad nos mira, porque somos mugrosos, porque somos callejeros.”

Pedro prefiere no ir a los comedores ni albergues porque dice que son muy sucios y la comida lo enferma. Pasa días enteros sin comer y se encuentra muy bajo de peso.

Debido a distintas condiciones que padecen simultáneamente, los pobladores callejeros son rutinariamente discriminados y abusados. Ser migrantes, usuarios de sustancias, la falta de aseo personal, desempleo, padecer alguna enfermedad y tener problemas legales, actúan de manera sinérgica exacerbando las consecuencias adversas sobre su salud y sus redes sociales resultando en una exclusión social extrema (Castelli, Escalante, & Méndez Rojas, 2018; Ruiz Coronel, 2017; Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016; Johnstone, Jetten,

Dingle, Parsell, & Walter, 2015)

Las poblaciones callejeras sufren desproporcionadamente problemas de salud asociados a desventajas sociales, con la discriminación contribuyendo principalmente a muchos de ellos. Es una discriminación percibida como legítima, aún por ellos mismos, ya que, en el sistema económico actual, entendido como una meritocracia, el tener una casa, como otros marcadores de bienestar socioeconómico, es percibido como dentro del control de la persona, lo que tiene efectos mayores que la discriminación hacia condiciones sobre las que no se tiene control, como la etnicidad o el género (Johnstone, Jetten, Dingle, Parsell, & Walter, 2015) El uso de drogas tampoco es pensado como un problema médico ni sanitario, sino como otra justificación legítima para la exclusión social y la negación de sus derechos. Se dice que los usuarios no tienen nada que aportar a la sociedad y se les excluye de todos los mecanismos de participación ciudadana (Ruiz Coronel A. , 2017).

El estigma es un proceso social perpetrado por grupos no marginados para lograr exclusión y conformidad, a la vez que es un proceso psicosocial que los marginados deben navegar y luchar (Ahern, Stuber, & Galea, 2007); existe donde un atributo es visto negativamente por la sociedad y el individuo afectado está consciente de los

juicios negativos asociados a éste. La sociedad le hace vivir lo que otros ven como su fracaso y le hace aceptar que es una decepción, con la vergüenza como punto central (Goffman, 1963). Los atributos no son en sí mismos desacreditables, sino que la sociedad desacredita los significados asociados a esos atributos.

La estigmatización es un proceso político performativo central para establecer y mantener el orden social. No es un efecto de misconcepciones individuales, es desarrollado por actores sociales concretos que legitiman su estatus social dominante sobre estructuras de inequidad. Es una ideología que explica la inferioridad de quien es el blanco y el peligro que representa, no es una simple marca ni el proceso psíquico de endogrupo y exogrupo, es una tecnología de poder que permite legitimar a unos y no a otros y constituye las condiciones de tal legitimación (Fraser, y otros, 2016).

El estigma es caracterizado por la exclusión, el rechazo, culpa o devaluación que resulta de la experiencia, percepción o anticipación de un juicio social adverso hacia una persona o grupo (Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016). Pertenecer a un grupo estigmatizado puede representar una barrera al intentar integrarse a un grupo nuevo, porque detiene al individuo en su búsqueda de conexiones sociales y pertenencia (Johnstone, Jetten, Dingle, Parsell, & Walter, 2015; Ahern, Stuber, & Galea, 2007).

Los usuarios de drogas son frecuentemente vistos como débiles, inmorales y como un peligro para la sociedad (Ahern, Stuber, & Galea, 2007) y es más probable que los que experimentan mayor discriminación abandonen sus tratamientos (Ahern, Stuber, & Galea, 2007). A pesar de que el aislamiento es un factor de riesgo reconocido para enfermedades físicas y mentales, la respuesta de la sociedad para lidiar con la adicción ha sido el aislamiento y el estigma (Volkow, Baler, & Goldstein, 2011). Se asume que el estigma y la discriminación desalientan el uso y que sus efectos negativos son triviales en comparación con este potencial beneficio (Ahern, Stuber, & Galea, 2007). Sin embargo, la evidencia ha demostrado que las personas que vienen de entornos socioeconómicos desfavorecidos, que han sufrido abusos, que han crecido en la adversidad, que tienen problemas de salud mental y que

pertenecen a una minoría sujeta a prejuicio y discriminación son las que desproporcionadamente sufren más adicciones (Pickard, 2017). El estrés crónico que puede provocar la discriminación tiene una influencia detrimental sobre la salud física y mental, al igual que el rechazo y la expectativa de éste, lo que lleva a la retirada y al aislamiento, dañando aún más el bienestar mental (Ahern, Stuber, & Galea, 2007). Por esta razón los pobladores callejeros no buscan ayuda tras tener un accidente, para sus problemas psicológicos o para enfermedades y malestares, reduciendo dramáticamente su calidad y esperanza de vida (Castelli, Escalante, & Méndez Rojas, 2018).

La adicción no es tanto un estado legitimado como el mecanismo a través del que el estigma se materializa. Es cómo se disciplinan ciertas formas de conducta requeridas para pertenecer y para ser completamente humano. El proceso de estigmatización lleva a una internalización del oprobio ligado a los estereotipos negativos de la adicción (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017).

“La violencia es que te traten mal, que te insulten, que te discriminen muy feo como ellos lo hacen (...) no han vivido cómo nosotros hemos vivido y no saben el sufrimiento que hemos pasado en la calle.”

La discriminación, el estigma y el ser vistos como la otredad se han vuelto experiencias cotidianas para Laura.

Todas estas desventajas sociales culminan en un fuerte rechazo que escala desde el nivel interpersonal hasta el institucional. El rechazo y la soledad son mencionados frecuentemente como la parte más dura de vivir en la calle. En la cotidianidad, las agresiones, insultos, humillaciones y la constante lucha por el espacio público, los victimarios suelen ser vecinos, transeúntes, policías y otras figuras de autoridad, quienes, por su aspecto, presentación u otros motivos, comúnmente les niegan el acceso a diversos servicios, como tiendas, restaurantes e incluso ambulancias u hospitales. Si la presencia policiaca en las comunidades

que normalmente habitan es baja y dañina para las mismas, las agresiones policiacas se exacerban contra las poblaciones callejeras, pues no es extraño que

los violenten o se les use como chivos expiatorios a pesar de que rara vez se les procesa por faltas menores, ya sea por la pérdida de tiempo que implica para las

“- ¿Qué quieren los chavos de la calle?

-Que hubiera quién los comprendiera, quien les diera una ayuda, y con quien confiar, no nada más como psicóloga, como amiga. Que digan tengo una amiga con quien hablar, que me dé un consejo (...) una comprensión y un cariño que nunca pudieron tener, porque son huérfanos y porque los abandonan.”

Laura sabe que el apoyo social es algo que las poblaciones callejeras necesitan urgentemente y que las respuestas institucionales no son suficientes.

autoridades o porque saben que no cuentan con dinero.

Esta identidad de los grupos de calle los coloca fuera del resto de la comunidad porque existe una representación social de la comunidad que incluye pautas de conducta, lenguaje y formas de relación que no son las de las poblaciones callejeras. En ese sentido, para simplificarlo, se puede hablar de una dicotomía calle y no calle o banda y no banda (Castelli, Escalante, & Méndez Rojas, 2018). Ser banda se refiere a una parte de la identidad del individuo como marcada por la adversidad de haber crecido en un barrio popular. Ser banda se refiere también a identificarse como perteneciente a un punto o barrio particular y con el grupo de gente que ahí vive y con las costumbres que ahí se practican. También puede haber bandas con otros criterios de inclusión, como ser joven o ser criminal.

Sus dinámicas sociales no revelan solamente formas de exclusión y marginalidad, sino sobre

todo una fuerte necesidad de integración mediante una vía distinta a la admitida y legitimada socialmente. Lejos de ser sujetos aislados, desarrollan y mantienen relaciones sociales que favorecen su arraigo en un espacio y les permite establecer ciertas rutinas y romper con lógicas de mera supervivencia (López Pérez & Barragán Rodríguez, 2012).

2.3 DROGAS Y LA CALLE: INHALABLES

“- ¿Cuando te sientes triste, se lo dices a un amigo? -No, recurro a drogarme.”

Cristian ha aprendido maneras alternas de lidiar con sus emociones negativas al carecer de apoyo social.

Como ya se ha mencionado, una alta proporción de esta población es usuaria de drogas, más de una en la mayoría de los casos. En el Tercer Censo de Poblaciones Callejeras, el 56% de los encuestados aceptó tener una adicción, de estos, 57% al alcohol, 25% al tabaco, 21% al solvente, 13% a la marihuana y 3% a la cocaína (Ruiz Coronel A. , 2011). Entre los solventes, es

especialmente notorio del *activo*. *Activo* es como se conoce al inhalable más comúnmente utilizado por poblaciones callejeras e incluso ha llegado de alguna manera a definirlos. El activo es una sustancia con efectos similares a los de a otros inhalables, pero con un olor y sabor más atractivos a pesar de que en ocasiones es tolueno puro. Es percibido por sus usuarios como más leve ya que produce una resaca menor que otros solventes como el tiner (Ortiz Castro, Domínguez García, Palomares Calderón, & Medina Mora, 2017; Villatoro, Cruz, Ortiz, & Medina-Mora, 2011). Su producción, transporte, uso, almacenamiento, compra, venta y distribución son legales, ya que es una sustancia industrial. Su consumo no es

“Me sentía muy bien, feliz, libre... la libertad” –Manuel, cuando *activó* la primera vez.

castigable por la ley.

El activo es un preparado local cuyos ingredientes o procesos que atraviesa son desconocidos. También es preferido al tiner

porque mientras éste no es para consumo humano, el activo de Tepito sí lo es, al menos en el discurso de los consumidores. En realidad, otras drogas tienen utilidad médica, pero los solventes tienen componentes tóxicos y no están destinados para el consumo humano (Ortiz Castro, Domínguez García, Palomares Calderón, & Medina Mora, 2017; Gigengack, 2013). Existen numerosos vendedores y traficantes en cada barrio, algunos asociados con redes de actividades criminales.

Jorge explica que “*todo es activo pero el PVC es el de lata... Hay veces que sí te venden como aguarrás o tiner... te apendeja igual. Con el tiner como que te duele la cabeza... y con el activo, con el PVC de lata, como que te queda más. Como que es más ligero éste y el otro... te queda más penetrante el olor, te hace como cruda. Sientes más la resequedad (...)*”.

A lo largo de su estancia en la calle, los usuarios del activo prueban distintas versiones del inhalable y las asocian con sus efectos particulares. Alberto incluso usaba canela o *bubbalo* (chicle) para mejorar el sabor y ocultar el olor de su familia y refresco para aminorar los efectos de la cruda.

La presentación comercial del limpiador PVC son latas de 250ml, pero en el barrio se venden por *charco* o *mona*, ya que es más fácil de obtener porque en ocasiones no se les permite entrar a las tiendas y la venta se les niega a los menores (Ortiz Castro, Domínguez García, Palomares Calderón, & Medina Mora, 2017) además de que el precio y la cantidad son fijos. El costo de un *charquito* (pequeña cantidad en una botella de refresco) o de una *mona*, pedazo de papel o tela mojado con activo y que es llevado a las cavidades oral y/o nasal para inhalar o *monear*, es extremadamente bajo, en ocasiones las dosis incluso son regaladas o intercambiadas por futuros favores, pero dada la cantidad del consumo de algunas personas, debe ser un negocio altamente redituable. Por su bajo costo, son preferidas por quienes no cuentan con los ingresos suficientes para costearse otras sustancias más caras. En los últimos años, el consumo por parte de población que no vive en calle ha ido incrementando, tanto en escuelas como quienes se acercan al punto de venta sólo para inhalar (Medina-Mora, y otros, 2015). Las bandas de distintos puntos se

vinculan principalmente a través de la compra-venta de *activo* u otras drogas (Gigengack, 2014). Por esta razón métodos etnográficos son la principal estrategia para investigar las de prácticas de uso y lenguaje sobre inhalables en un área específica (Balster, Cruz, Howard, Dell, & Cottler, 2008).



Ilustración 4. Un charquito (Paredes González, 2018)

El uso de inhalables no era considerado un problema importante hasta 1978. A partir de entonces, el perfil se asocia con poblaciones marginales, con carencias sociales y económicas y su consumo se asocia con conductas delictivas. Esto persiste en la actualidad; se dice que los consumidores son agresivos, carentes de afecto y caracterizados por el abandono y con una inclinación por la muerte, con fantasías e intentos suicidas. La personalidad anti-institucional, la tristeza y las carencias afectivas también son constantes (Medina Mora & Castro, 1984). A lo largo de los últimos 40 años, los inhalables han permanecido una de las principales drogas consumidas en México, sobre todo por grupos marginales (población callejera, sexoservidoras, integrantes de pandillas y personas en centros de detención). Algunos factores de riesgo son el nivel socioeconómico bajo, el consumo por parte de algún familiar, baja escolaridad de los padres y habitar en una zona donde el

consumo y la disponibilidad son facilitados (Medina-Mora, y otros, 2015; Martínez Vélez, Sánchez Hernández, Vázquez Pérez, & Tiburcio Sainz, 2016).

En la Encuesta de Nacional de Consumo de Drogas (Villatoro Velázquez & otros, 2017) se reportó en 2016 que la incidencia total del consumo de inhalables alcanzó el 1.1% para la población de 12 a 65 años y 0.2% los había utilizado el último año, ubicándolos en tercer lugar de las drogas más consumidas para este grupo de edad, después de la marihuana y la cocaína. Una amplia mayoría (71.7%) los probó por primera vez antes de los 17 años. Los hombres reportan mayor consumo que las mujeres, pero esta brecha se ha ido cerrando al igual que la existente entre la población adulta general y estudiantes (Villatoro, Cruz, Ortiz, & Medina-Mora, 2011; Medina-Mora, y otros, 2015). Quienes comienzan a usar inhalables a una edad temprana es más probable que se vuelvan dependientes, mientras que los usuarios a largo plazo son más difíciles de tratar (Gigengack, 2000). Es curioso notar que el consumo de alcohol y tabaco se reporten en una encuesta aparte.

En general, los usuarios de estas sustancias son estudiantes de secundaria, presentan una percepción baja del riesgo y tienen un fácil acceso a las mismas, comparados con no usuarios o con consumidores de otras sustancias. También presentan mayor impulsividad, más amigos con problemas antisociales, tienen algún familiar consumidor de drogas y se encuentran en un contexto social en el que los pares toleran el uso de sustancias (Medina-Mora, y otros, 2015). La prevalencia, sin embargo, es más alta entre poblaciones en situación de vulnerabilidad que no se incluyen en las encuestas de población general. “El uso de inhalables es un mundo de pobreza y adicción; destruye vidas y comunidades de jóvenes callejeros en muchas partes del mundo” (Gigengack, 2014).

Se ha reportado que los usuarios tienen altos niveles de conducta criminal, síntomas psiquiátricos, uso de sustancias, ofensas criminales tempranas y un historial de accidentes y de enfermedades crónicas más altos que los no usuarios. Otros estudios encontraron que entre más temprano haya iniciado el consumo de alcohol, cigarrillos y marihuana, más alta es la prevalencia del uso de inhalables, más alta la probabilidad de depresión, de reconocer el ausentismo escolar, conducta desviada

y bajas calificaciones. Es más probable que estos individuos tengan amigos o familiares que hayan usado sustancias ilegales y padres con problemas de conducta antisocial (Medina-Mora & Real, 2008).

Los inhalables son sustancias legales de uso industrial, fácil obtención y bajo costo, comunes en el hogar o la industria (Balster, Cruz, Howard, Dell, & Cottler, 2008) que incluyen una variedad de productos y compuestos. Van desde lacas, y adhesivos hasta agentes limpiadores, pinturas y combustibles (Beckley & Woodward, 2013). Pueden clasificarse por su estructura química, forma (gas, aerosol, líquido), tipo de producto (combustible, anestésico, limpiador, pegamento), o por sus propiedades farmacológicas, pero es más probable que los usuarios los conozcan por el tipo de producto o por su uso recomendado, ya que es así como los adquieren (Balster, Cruz, Howard, Dell, & Cottler, 2008). La mayoría de la literatura es epidemiológica, mientras que los estudios etnográficos e incluso biomédicos, aún son escasos y se sabe poco acerca de significados situados y experiencias asociadas al su uso. Los inhalables deberían ser conceptualizados como las drogas que son a los ojos de sus usuarios (Gigengack, 2013).

Los inhalables contienen sustancias que pueden auto administrarse como gases o vapores para inducir un efecto psicoactivo, comparten una baja presión y alta volatilidad a temperatura ambiente (Beckley & Woodward, 2013); el tolueno es el componente dominante de una variedad de productos y es un potente psicoactivo (Balster, Cruz, Howard, Dell, & Cottler, 2008). Como el nombre indica, su método de consumo es exclusivamente por inhalación, siendo la práctica más común en Ciudad de México *monear*, es decir, mojar una estopa o un papel hecho bola bañado en el líquido y aspirando profundamente los vapores de despide llevando la *mona* a las cavidades nasal y oral (Gigengack, 2013). El tolueno es rápidamente absorbido por los pulmones, aunque también hay absorción gastrointestinal y dermal. Dada su alta afinidad por los lípidos, se distribuye en los órganos ricos en ellos y puede atravesar la membrana hematoencefálica, llegando un 3% del vapor directamente al cerebro (Beckley & Woodward, 2013) que, aunque parezca un porcentaje ínfimo, es suficiente para provocar severos estragos. La exposición segura al tolueno está

“Se siente así relajado [el cuerpo] pero cuando ya se te quita el efecto ya se siente cansado, con ganas de no hacer nada, te empiezan a doler los huesos por lo mismo de que te empieza a descalcificar y tu cuerpo no tiene líquidos, pues así te sientes bien mal y no tienes, ganas de hacer nada. (...) Se te quitan los dolores porque eso te adormece el cuerpo, pero ya cuando se te pasa el efecto es cuando te duelen más.”

Laura relata, aunque al parecer sin notarlo, los efectos opuestos que la sustancia puede tener al referir que en ocasiones la relaja, pero en otras la pone nerviosa.

en el rango entre 10 y 100 ppm. Se estima que a partir de 500 ppm hay un riesgo para la vida y la salud, sin embargo, usuarios que practican un patrón intermitente de inhalación pueden llegar hasta a 15000 ppm (Cruz, Rivera-García, & Woodward, 2014). Son necesarias sesiones de inhalado ya que para permanecer intoxicado se debe inhalar repetidamente (Gigengack, 2013). La concentración en sangre llega a su punto más alto 10 minutos tras la inhalación y se conserva relativamente alta incluso 40 minutos después del cese (Beckley & Woodward, 2013). Las complicaciones más alarmantes que se pueden presentar son pobre oxigenación, arritmias cardíacas y muerte súbita por inhalación (Cruz, Rivera-García, & Woodward, 2014).

La intoxicación por tolueno se asemeja a la intoxicación por etanol y a otros depresores del sistema nervioso central, ya que tiene efectos bifásicos, es decir, progresan de euforia y excitación motora en concentraciones bajas a sedación, impedimento motriz, anestesia, inhibición prolongada, mareos, falta de

coordinación y relajación en concentraciones elevadas, pero a diferencia de otros depresores, el tolueno puede producir ilusiones y alucinaciones (Lubman, Yu“cel, & Lawrence, 2008; Cruz, Rivera-García, & Woodward, 2014). También provoca cansancio, confusión, debilidad, pérdida de memoria, náusea, pérdida de apetito, pérdida auditiva y visual (Ortiz Castro, Domínguez García, Palomares Calderón, & Medina Mora, 2017). Concentraciones aún más altas pueden resultar en convulsiones, coma y paro respiratorio (Lubman, Yu“cel, & Lawrence, 2008).

Los inhalables facilitan la transmisión GABAérgica, la cual desinhibe neuronas de dopamina del área ventral tegmental o puede inhibir terminales de glutamato que regulan dopamina en núcleo accumbens (Volkow, Gene-Jack Wang, Fowler, Tomasi, & Telang, 2010). Igual que otras drogas de abuso, los inhalables tienen la capacidad de modular la actividad dopaminérgica mesolímbica, esto significa que tienen propiedades recompensantes, los que durante un largo tiempo se ha pensado que constituye la propiedad adictiva de las sustancias. La exposición prolongada puede resultar en coma y subsecuente muerte por depresión respiratoria. Los usuarios de solventes, aún más que los de otros inhalables, tienen anomalías más severas y más extensas asociadas con impedimentos cognitivos mayores al igual que reducción en el flujo sanguíneo en la corteza prefrontal (Lubman, Yu“cel, & Lawrence, 2008).

“Yo vi cómo a un amigo se le fue la estopa y le quemó todo lo de adentro, empezó a vomitar sangre, tenía deshechos los intestinos por toda la droga que se había metido”.

–relata Laura dolorosamente. De igual manera, Maya dice que conocía a dos personas que murieron por *activar* demasiado.

Tras la exposición, hay una excreción de amonio, sodio y potasio, que puede resultar en acidosis metabólica e hipokalemia (asociada con debilidad muscular, espasmos, arritmias cardíacas y otras complicaciones serias) (Lubman, Yu“cel, & Lawrence, 2008). La muerte súbita por inhalación es una complicación rara pero seria que puede ocurrir por el pobre suministro de oxígeno, efectos cardíacos directos y arritmias inducidas por falta de potasio. Sofocamiento y trauma están vinculados con el uso de bolsas de plástico sobre la cabeza, sobre todo si el usuario pierde

la consciencia; esto era más común cuando se inhalaba pegamento en la modalidad de *bolseo*. Muerte por aspiración de vómito también ha sido descrita, igual que un riesgo incrementado de padecer accidentes mientras intoxicado (Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014). Los usuarios se sienten desinhibidos, lo que los puede llevar a actuar impulsivamente o a tomar riesgos acrecentados por habilidades motrices impedidas (Lubman, Yu“cel, & Lawrence, 2008).

Cruz, Rivera-García, & Woodward (2014) reportan que en modelos animales se ha visto que tiene propiedades ansiolíticas, anticonvulsivas y antidepresivas además de la respuesta locomotora bifásica. Tiene efectos detrimentales en aprendizaje y memoria, además de provocar hipotermia y taquicardia. El uso durante la gestación se ha asociado con malformaciones, retraso en el crecimiento, reflejos demorados y déficit de atención en las crías además de un incremento de peso deficiente y una lactación pobre. En humanos, el uso durante el embarazo está asociado con numerosos riesgos, pues son capaces de cruzar la membrana placentaria; el feto puede presentar desórdenes en el desarrollo, malformaciones físicas y la muerte. Existe un riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y síndrome de abstinencia en el neonato. Igualmente se ha descrito un Síndrome Fetal por Inhalación análogo al Síndrome Fetal Alcohólico. Estudios de seguimiento han mostrado retraso en el crecimiento, impedimentos en el habla y disfunción cerebelar en niños expuestos durante su gestación al tolueno, además de importantes retrasos en el desarrollo (Lubman, Yuñcel, & Lawrence, 2008).

La exposición aguda y repetida reduce la función metabólica en el cerebro de la rata, siendo el hipocampo, puente, y tálamo las estructuras más afectadas. Estudios de neuroimagen muestran atrofia difusa en el cerebro, cerebelo y tallo cerebral, dilatación ventricular y ampliación de los surcos. Hay anomalías periventriculares y subcorticales caracterizadas por demielinización, hiperintensidades, adelgazamiento calloso y pérdida de los límites de la materia blanca (Lubman, Yuñcel, & Lawrence, 2008). Sus efectos apoptóticos también han sido descritos, aunque estos pueden verse atenuados en ambientes enriquecidos (Mercadillo, Mosco Aquino, & Páez Martínez, 2019), tema al que se volverá más tarde.

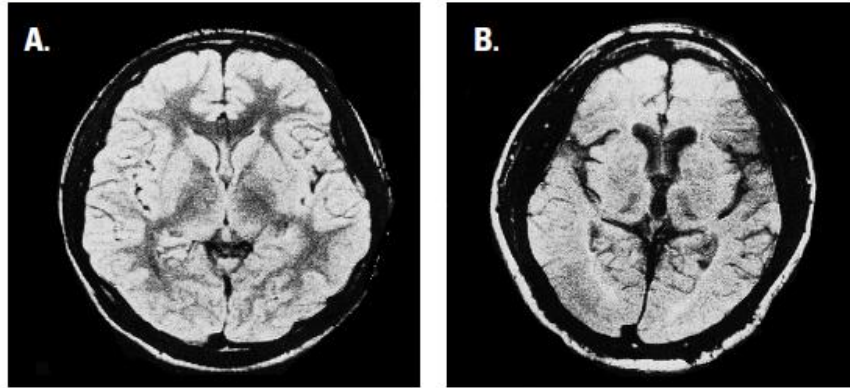


Ilustración 5. Cerebro de un individuo sin historial de abuso de inhalables comparado con el de un cerebro de un abusador crónico de tolueno (NIDA, 2012)

Los efectos a largo plazo dependen del patrón de uso, producto utilizado y exposición a otras drogas. La exposición crónica se ha asociado con impedimento cognitivo general, bajo CI, juicio impedido e impulsividad incrementada. Hay anomalías neurobiológicas en la materia blanca, principalmente en el lóbulo frontal y temporal, que incluyen leucoencefalopatía y daño axonal, atrofia cerebelar con disminución de atención, control motor impedido y pérdida de memoria, déficits neuronales persistentes como neuropatía periférica, daño a los nervios craneales, disfunción cerebelar, atrofia cortical, encefalopatía y demencia. Hay evidencia consistente que el uso a largo plazo resulta en déficits neurológicos e impedimento cognitivo sobre atención, velocidad de procesamiento, coordinación psicomotora, aprendizaje y memoria y habilidades ejecutivas (Lubman, Yu"cel, & Lawrence, 2008; Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014). También puede ocurrir fallo renal, toxicidad hepática, tinnitus y pérdida auditiva (Cruz, Rivera-García, & Woodward, 2014). Algunos de estos síntomas pueden permanecer aún tras mucho tiempo de abstinencia (Beckley & Woodward, 2013).

El consumo de inhalables se ha asociado particularmente a trastornos de ansiedad, TDAH, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial y trastorno neurocognitivo. La influencia de estos trastornos puede incrementar la necesidad de su consumo a la vez que los efectos de los inhalables pueden acentuar algunos síntomas de los trastornos. Este círculo vicioso puede ir empobreciendo las redes

sociales del usuario e irlo alejando de la atención que requiere (Fendrich, Mackesy-Amiti, Wislar, & Goldstein, 1997; Marín Navarrete, Szerman, & Ruiz, 2017). Existe evidencia que indica que la aparición de los desórdenes de ansiedad, a excepción de las fobias, ocurre antes del desarrollo del desorden por uso de inhalables (Wu & Howard, 2007). Su uso se ha asociado con eventos estresantes. Entre las mujeres son más altos los índices de distimia, desórdenes de ansiedad, desorden de pánico

“- ¿Te deprimas cuando pierdes un amigo?

-Sí, pues luego luego te refugias en la droga.”

Las experiencias de Jorge lo han llevado a concluir que su red social es ineficaz para lidiar con sus problemas emocionales, mientras que las drogas son un paliativo más confiable.

sin agorafobia, fobia específica, pero menores los índices de desorden de la personalidad antisocial que los hombres. La tasa de desórdenes psiquiátricos es mayor entre las mujeres pobres, con poca educación, que iniciaron temprano el consumo y con un historial familiar de psicopatología (Medina-Mora & Real, 2008). Los usuarios de inhalables tienen índices más altos de conducta antisocial y otros desórdenes de conducta, estos, particularmente en la infancia, están asociados con una severidad incrementada de desórdenes de abuso de sustancias. El uso de inhalables a

cualquier nivel ha sido referido como un marcador confiable de futuros problemas de conducta y de salud física y mental, ya que el uso de drogas está correlacionado con el desarrollo de desórdenes psiquiátricos y viceversa (Wu & Howard, 2007; Howard, Perron, Vaughn, Bender, & Garland, 2010).

Las diferencias más grandes entre consumidores con desorden por uso de inhalables, consumidores sin desorden por uso de inhalables y no consumidores se centran en conductas como robos sin confronta, vandalismo, *bullying*, crueldad física contra personas y animales, absentismo escolar, pasar la noche fuera de casa, uso de armas, iniciar peleas y fuegos, irritabilidad, engaños, agresividad, impulsividad, irresponsabilidad consistente y conductas ilegales. Un estudio encontró que los usuarios comúnmente eran hombres, desempleados, jóvenes, con un historial familiar de uso de alcohol y drogas y con problemas de conducta

antisocial. Es posible que en la intoxicación buscaran algo novedoso, bajar el miedo e incrementar la impulsividad. Es probable que el uso inhibiera actividad prefrontal resultando en la expresión de conducta antisocial, en particular en formas de agresión (Howard, Perron, Vaughn, Bender, & Garland, 2010).

La combinación de exposiciones a sustancias tóxicas y condiciones de vida deficientes, que pueden incluir falta de refugio, de drenaje, no tener acceso a agua potable y sobrepoblación pueden llevar a dificultades que incrementan el riesgo de mortalidad (Maxmen, 2019). Los usuarios de inhalables también tienen incidencias más altas de VIH, abuso sexual y prostitución (Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014). La pobreza está ligada al hambre y malnutrición, lo que incrementa los efectos dañinos del uso de drogas, mientras que la falta de servicios de salud sólo empeora el problema. La pobreza también está ligada a un pobre desempeño escolar y a un potencial cognitivo reducido. Los factores relacionados con la pobreza tienen un efecto multiplicador que exacerba el impacto de otros incrementando el riesgo de enfermedades y reduce oportunidades para el desarrollo (Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014).

Usuarios crónicos de inhalables típicamente tienen historias de numerosas dificultades sociales, trasfondos desaventajados, altos niveles de problemas psicológicos y muchos han experimentado maltrato infantil. La incurrencia en su consumo está inversamente correlacionada con el ingreso total familiar (Beckley & Woodward, 2013). Pueden recurrir a estas sustancias desde edades tempranas ya que son baratas, fáciles de conseguir, fácilmente ingeribles y porque rápidamente producen euforia y disociación que les permite lidiar con síntomas depresivos, estrés emocional y social subyacente (Fendrich, Mackesy-Amiti, Wislar, & Goldstein, 1997; Lubman, Yu'cel, & Lawrence, 2008). Los usuarios de inhalables perciben sus comunidades como menos seguras que usuarios de otras sustancias ya que hay instancias más comunes de violencia como asaltos con arma, violaciones, peleas y venta de drogas (Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014).

Los estudios en humanos tienen limitantes éticas y los estudios animales no reflejan el estado de desnutrición, niveles de estrés y el uso concomitante de otras drogas con que frecuentemente se acompaña el consumo de tolueno. Existe clara evidencia de que el estrés afecta las mismas áreas frontales que el abuso de estas sustancias, lo que sugiere que los efectos del consumo son exacerbados por factores del entorno y psicosociales asociados con el abuso de inhalables. Muchos estudios han tratado a las poblaciones consumidoras de inhalables como homogéneas y han prestado poca atención a las diferentes composiciones químicas y al perfil tóxico de las sustancias inhaladas. También suelen incluir muestras pequeñas de adultos y evaluaciones neuropsicológicas y de neuroimagen limitadas

“Hueles esto y se siente bien chido, con esto se te olvidan tus problemas. Si te molestan, no te importa.”

Cristian lidia con sus dificultades y emociones negativas consumiendo.

(Lubman, Yu"cel, & Lawrence, 2008). También es claro que los usuarios hacen uso de mezclas cuyos efectos pueden ser diferentes a los del tolueno por separado, lo que es una limitante más para replicar el uso de sustancias en la calle en modelos de laboratorio (Cruz, Rivera-García, & Woodward, 2014).

El discurso institucional ha sostenido que los menores inhalan por múltiples razones, pero todas condicionadas por su pobreza, ya que alrededor del mundo los índices más altos de consumidores se encuentran en poblaciones marginadas, aisladas y empobrecidas (Beckley & Woodward, 2013). Se ha dicho que lo hacen antes de dormir para evitar sentir el frío, el hambre, dolor, el aburrimiento, la tristeza o el miedo a la violencia (Medina-Mora, Gutierrez, & Vega, 1997), aunque también pierdan la capacidad de defenderse, que la botella los vuelve fuertes y vulnerables a la vez; que las enfermedades, los autos, la policía y otros enemigos deben ser enfrentados pero el peor de ellos es su propio dolor y su propia soledad (Murrieta, 2009) y que inhalar es una victoria parcial sobre la ansiedad interior; es un paliativo que la persona no encuentra en su vida (Medina Mora & Castro, 1984). Esto es ignorar que inhalar también está rodeado de significado y los símbolos de la cultura callejera son síntomas de marginación y alienación; las sustancias de la cultura de calle están ligadas al contexto. Inhalar

constituye y da realidad a los límites de la comunidad callejera; es una forma marginal de uso de drogas. Aún con las descripciones de cuerpos intoxicados, el uso de inhalables rara vez es interpretado como socialmente significativo y se toma como una práctica local descontextualizada. Reducir el uso de inhalables a un fenómeno biomédico es pensar como irrelevante su significancia social (Gigengack, 2000; 2013). La diversidad de significados que se asignan al consumo se construye en torno a diferentes contextos espaciales y relacionales que se establecen con los grupos de calle, las instituciones y la sociedad (Losantos, Berckmans, Pieters, Dómica, & Loots, 2015).

“- ¿Cuándo tienes un problema a quién recurres más?

- Pues a la droga.

- ¿Y en caso de que no haya?

-Siempre va a haber droga (...) no falta quien te la invite, te la regale o te la generes tú mismo”.

Jorge tiene presente que siempre que haya demanda en el mercado, va a haber oferta y mientras haya oferta, habrá una manera de obtener la sustancia.

Los inhalables suelen ser utilizados en grupo por las personas que viven o pernoctan en un sitio específico, se comparten y se usan al mismo tiempo que otras sustancias. Sin embargo, el uso no es puramente instrumental, ni producto de la adicción. Gigengack, (2014) ha realizado trabajo etnográfico en distintos países y concluye que los efectos de la sustancia revelan que los mecanismos neurobiológicos deben ser los mismos pero las prácticas de uso y la interpretación de las

alucinaciones y otros efectos secundarios son maleables por la agencia del usuario y su cultura. La etnografía puede desmentir o retar al conocimiento biomédico. El discurso popular confunde al uso con la adicción mientras que la literatura clínica percibe la adicción únicamente en términos mecánicos, ignorando la agencia y cultura del usuario, tiende a individualizarlo y a obviar la producción cultural del consumo, pero las bases subyacentes de la neurobiología también son culturales y que, si no los efectos, al menos los sentidos del consumo de drogas son construidos culturalmente (Bourgois, 1995). “Es imposible interpretar el consumo de drogas sin hablar de la desigualdad entre clases sociales y las jerarquías establecidas por la

ideología racial y de clase. En pocas palabras, el actual problema de las drogas es más grave que en épocas anteriores debido a la polarización de las raíces estructurales que generan tanto los comportamientos autodestructivos como la criminalidad.” (Bourgois, 1995, pp 315)

El consumo de inhalables permite, aún en condiciones de alta intoxicación, la conformación y el mantenimiento del grupo. La modalidad de consumo en grupos incentiva la circulación, el compartirla junto con lo demás que traen, la euforia y la tristeza, los pasiones y los alucines, las peleas y las reconciliaciones. “Inhalar es una forma de ser aspirado por el grupo” (Makowski Muchnik, 2015). Mientras más desordenado, diario, caótico y por lo tanto público sea el consumo, mayor es la posibilidad de conexión y permanencia en la calle. Por el contrario, mientras más ritualizado, ordenado y privado, mayor la probabilidad de involucrarse en actividades socialmente más aceptables y más saludables, como el deporte y el trabajo, que permiten el distanciamiento de la calle. Las intervenciones que pudieran invitar a los jóvenes a involucrarse en espacios y contextos tanto físicos como sociales más amplios, podrían tener resultados más favorables que aquellas que intentan lidiar con el problema del consumo confinándolos a los espacios restringidos de instituciones (Losantos, Berckmans, Pieters, Dómicica, & Loots, 2015).

Inhalar es a lo que comúnmente se refieren como *su vicio*. No es necesariamente la razón por la que están en calle, pero sí la razón por la que son banda. El vicio distingue a la juventud en calle de la gente normal, “*los que no le ponen*” (Gigengack, 2000); es la persecución de un placer que otros ven como inmoral y al mismo tiempo expresa la propia dependencia, es la satisfacción irrestricta de un deseo personal, la recapitulación de la debilidad humana (Eckersley, 2005). No se refiere a la conducta como patológica, mucho menos como enfermedad ni como una sustancia esclavizante. “Alude a ser devoto a algo indigno de devoción” (Gigengack, 2013).

“Cuando lo probé sentí en el cuerpo, así como, me sentía como Superman, caminaba y sentía que volaba... había un balcón y sentía que me podía aventar y no me pasaba nada. Si alguien me daba un golpe no me dolía, sentía como una caricia. Mi mente, sentía como si mis ojos fueran gelatinosos... zumbidos en mis oídos, cosas que me agradaban, que nunca había sentido. Había veces que me imaginaba un cantante cantándome al oído.”
—Cristian, relatando sus experiencias en el *alucín*.

Lucchini (1996) dice “El consumo de activo parece ser en la mayoría de los casos una consecuencia ineluctable de la vida en la calle. No desempeña solamente una función fisiológica —calmar el hambre o el frío— como es común escuchar; su función es principalmente social: permite la inserción de un nuevo miembro y crea una cohesión entre el joven y su grupo de compañeros. Por lo tanto, el activo cumple una función colectiva que obedece a una dinámica de grupo, asociada a aspectos lúdicos, rituales e identitarios.”

Como explica Rengel Morales (2005; pp3): Es la sociedad la que determina qué sustancia es droga y cuál no lo es, por lo tanto, la lógica sociocultural es la que impera por encima de la científica. El consumo de las drogas institucionalizadas suele coincidir con los intereses de la ideología dominante. En materia económica, supone un apoyo a las industrias

alcohólicas y farmacéuticas, en el terreno ideológico refuerza los valores de la sociedad de consumo, la productividad, competitividad, etc. y a nivel popular, su uso está incorporado en la población y no es fácilmente sustituible.

El consumo de drogas es interpretado como una acción de rebeldía que cuestiona al orden social establecido. Se asocia con colectivos de jóvenes que habitan las zonas marginales de las urbes, sus conductas se consideran desviadas y se les ve como un peligro para la seguridad pública. La respuesta se basa en la reeducación y recuperación social; funciones que han de cumplirse en hospitales psiquiátricos, anexos o cárceles.

La percepción social diferencia entre el traficante-delincuente y el usuario-enfermo. Para el primero, se articula una respuesta puramente penal, mientras que, para el

“A los drogadictos los vemos muy diferente, son personas que tienen una enfermedad que, aunque tú quieras, no quieren salir de esa enfermedad que ellos traen. Yo pienso que me ven igual, como una enferma que no quiere dejar la droga, por más que vaya y haga yo sigo con ella.”

Laura conoce el estigma que cargan los usuarios de drogas: la enfermedad de adicción, y lo ha asumido para ella misma.

segundo, se impone la intervención terapéutica, aunque la diferencia entre uno y otro no es tan clara. La sociedad responde al uso de drogas castigando y excluyendo a los usuarios, lo que lleva a la ruptura de relaciones y la erosión de la autoestima, que termina en un mayor consumo perpetuando el ciclo de fragmentación social (Rengel Morales, 2005; Lewis M. , 2018).

Las drogas principalmente usadas por la clase media son vistas como drogas buenas que son usadas de manera correcta. El uso de drogas se califica de bueno porque juega un papel menos central en las vidas de estos consumidores que el que juega en las vidas de los consumidores pobres. Los buenos consumidores son miembros que contribuyen a la sociedad, los consumidores malos son principalmente

alienados de la sociedad. La etiqueta de adicto es adquirida a través de un uso de drogas que la sociedad considera ofensivas (Alexander, 2010). Además, las drogas y vías de administración más prevalentes entre los consumidores de clase baja, quedan asociadas a la idea de destrucción de familias y comunidades; en consecuencia, estos hábitos se etiquetan como malos. En ocasiones periodistas e incluso médicos atribuyen una propensión farmacológica particular a la clase social o grupo étnico en el rango más vulnerable en la estructura social contemporánea (Bourgois, 1995). El adicto se ubica, por un lado, en relación a la ley del Código Penal como delincuente, y, por otro lado, en relación a la semiología médica, como enfermo (Rengel Morales, 2005). Las drogas más baratas tienen el estatus social más bajo y son adecuadas para los fracasos sociales definitivos. Hay una estratificación relacionada al dinero y al prestigio (Makowski Muchnik, 2015). Los

inhalables son drogas de los niños, en particular de los de la calle, porque son consumidos por los que tienen menos poder (Gigengack, 2013). El consumo de drogas entonces se convierte, para algunos grupos, en un símbolo visible de identidad e identificación, así como en la manifestación del rechazo y una transgresión voluntaria a la norma convencional (Pons Diez, 2008).

El uso de algunas drogas como la cocaína entre los afluentes puede ser una

“Yo sé que acá, pues somos drogadictos.”

Jorge dice que por la mona lo sacaron de su casa, reconociendo el estigma asociado a su identidad.

demostración de estatus entre algunos grupos, mientras que el uso de inhalables, particularmente entre los pobres o marginados, es estigmatizado; y el estatus social de los usuarios también es usado para disuadir a otros de su uso (Ahern, Stuber, & Galea, 2007). A pesar del estigma, los usuarios encuentran algo

positivo en el uso de inhalables y toman placer del dolor que les provoca. Aprenden unos de otros: qué sustancias inhalar, dónde conseguir las, cómo usarlas y cómo disfrutarlas (Becker S, 1953). Las diferentes drogas marcan no sólo el límite entre los distintos grupos dentro de la cultura de calle sino también entre las generaciones. Los inhaladores más viejos son mal vistos pues se espera que al madurar, cambien al activo por otras drogas más maduras como la cocaína, la marihuana o el alcohol (Gigengack, 2000).

Cristian dice que es mejor monear acompañado porque tienes con quién hablar, *“lo tomas como un cigarro, una cerveza o un café; socializas.”* En su contexto, es equiparable al uso de otras sustancias no estigmatizadas que facilitan las interacciones.

Las dinámicas de convivencia y camaradería giran alrededor del consumo de sustancias. La calle tiene un conjunto de características que se convierten en factores de riesgo ya que incrementan la posibilidad de consumo de sustancias y contribuyen a la agudización de la problemática, entre los que resalta la falta de vínculos significativos fuera de su núcleo de calle vinculado al consumo de sustancias. Éste es el elemento que mantiene la cohesión del

grupo: la sustancia de consumo y a través de ella se genera una convivencia que reconforta al sujeto, sin embargo, no todo el tiempo es de consumo y la ilusión se acaba con la llegada de la resaca, la falta de recursos o las crisis por la necesidad de consumir (Castelli, Méndez Rojas, & Escalante García, 2018). El uso de inhalables está fuertemente intervenido por las dinámicas de poder y liderazgo en la calle. Es el líder del grupo quien se encarga de conseguirlo y distribuirlo, acepta favores a cambio y llega a fiar, pero no a consumir, ya sea por no terminar consumiendo su propia mercancía o porque, al estar intoxicado, sería incapaz de cobrar y defender las ganancias y el territorio (Gigengack, 2012; 2014).

También es de suma importancia reconocer su interseccionalidad con otros fenómenos culturales con los que se ha visto vinculado, como la cultura del punk, del reguetón, el perreo y el culto a San Judas (Ortiz Castro, Domínguez García, & Palomares Calderón, 2015). En México, ha evolucionado hasta convertirse en un fenómeno difundido y diversificado, pero predominantemente como una práctica de la clase social baja. El uso se ha concentrado en poblaciones jóvenes marginadas en barrios específicos. Aun así, la mayoría de los residentes en vecindarios populares no utilizan inhalables y ven esta práctica como problemática y como un indicador de fracaso social (Gigengack, 2013).

Por las razones anteriormente mencionadas, el uso de inhalables se ha vuelto un fenómeno inherente al callejerismo, tanto en México como en América Latina (Beckley & Woodward, 2013), aunque no todas las personas que viven en la calle los usan, ni todos los que los usan viven en la calle. Sus características se han incorporado a la constante discriminación de la que son objeto: el olor, la mona, la lata amarilla. Los efectos neurocognitivos han pasado a asociarse directamente con la escasez de recursos, un nivel socioeconómico y educativo bajos y la participación en actividades ilícitas. Es muy común identificar a la adicción como la causa de situaciones adversas en la vida del usuario y no al contrario, como aquí se expondrá.

2.4 ADICCIÓN: LA VISIÓN OFICIAL

Yo sé que va a llegar un día cuando mi cuerpo ya no aguante tanta droga.”

Manuel sabe, porque las ha visto, cuáles son las consecuencias últimas del consumo desmedido.

El DSM V (2014) define el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) como el uso recurrente de drogas que provoca un impedimento funcional y clínico significativo, problemas de salud, incapacidad e impide cumplir con responsabilidades mayores (Volkow, Koob, & McLellan, 2016), mientras que el Trastorno por Uso de Inhalables (TUI) en específico se define

como:

Un modelo problemático de consumo de una sustancia inhalante a base de hidrocarburos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al, menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume un inhalante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo del inhalante.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el inhalante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un inhalante.
5. Consumo recurrente de un inhalante que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de un inhalante a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo del inhalante provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de un inhalante en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo del inhalante a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por esa sustancia.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de inhalante para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de inhalante.

Puede clasificarse como:

- Leve: Presencia de 2–3 síntomas.
- Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Para este trabajo, como en otros (Kerridge, y otros, 2011), el abuso, la dependencia y la adicción son diferencias en los distintos niveles de severidad del mismo Trastorno por Uso de Inhalables y no entidades clínicas separadas (Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Debe recordarse que el DSM es una herramienta diagnóstica, la cual no sugiere procesos terapéuticos específicos ni ahonda sobre la etiología del padecimiento (Flanagan, 2013).

A pesar de que el número de usuarios de inhalables ha ido en incremento y de que cada vez más personas buscan tratamientos para los desórdenes de su consumo, la literatura científica ha dado prioridad al estudio de otras sustancias, dejando a los inhaladores a su suerte. Esto es consecuencia inequívoca de la propaganda de la guerra contra las drogas y de las agendas políticas de diferentes instituciones, quienes han encontrado más redituable el coartar el tráfico ilegal de otras sustancias, pero no del activo; su investigación se queda atrás en comparación con la de otras drogas (Beckley & Woodward, 2013). Su estudio es urgente dada su alta toxicidad y la creciente cantidad de usuarios, en su mayoría adolescentes en comunidades marginales, lo cual impediría un adecuado desarrollo de su sistema nervioso central.

En México como en otros países, la adicción ha sido comprendida como el uso repetido de sustancias y la inhabilidad para detenerse a pesar de las consecuencias negativas. Se ha concebido como una enfermedad debido a los cambios permanentes que puede ocasionar en el cerebro y en la conducta del usuario (NIDA, 2018) y la aproximación elegida para su tratamiento ha sido la reclusión y el castigo de los usuarios. Esto es legado de lo que se llamará *Visión Oficial de la Adicción* del National Institute of Drug Abuse (NIDA), rama del National Institute of Health (NIH) en Estados Unidos, e institución responsable de la publicación de alrededor del 75% de las investigaciones acerca de adicción y uso de drogas a nivel global, ya sea porque es realizada por sus propios investigadores o porque financia las investigaciones (Alexander, 2014; Satel & Lilienfeld, 2014). Esta definición sitúa al cerebro como el epicentro del fenómeno y, por lo tanto, la cura debe emerger desde la medicina, en específico la farmacología (Leshner, 1997). Esta definición puede tener severas consecuencias tanto para el individuo como para quienes lo rodean. A pesar de que La Visión Oficial identifica factores macro contextuales que vuelven a la persona proclive a la adicción como son problemas de salud mental, la edad a la que se empieza a consumir o la disponibilidad de la sustancia (Baler & Volkow, 2011), ésta concluye que los efectos recompensantes de las drogas son la razón principal de su uso y que factores genéticos corresponden al 50% de la probabilidad de desarrollar una adicción (Volkow, Wang, Fowler, & Tomasi, 2012), la cual es inequívocamente causada por la estimulación provocada en el cerebro por la sustancia, en particular sobre el circuito dopaminérgico de la recompensa. La exposición durante un tiempo y cantidad suficientes a una droga inevitablemente llevan a la adicción (NIDA, 2018).

El NIDA, con su gran cuerpo de evidencia y algunos de los investigadores más destacados en el campo, cuenta con una amplia ventaja para validar epistemológicamente la Visión Oficial. Sin embargo, es posible encontrar numerosas contradicciones y agujeros en sus argumentos, pero es necesario conocer primero algunas de sus aportaciones más valiosas al área.

La visión oficial puede resumirse en seis puntos (Alexander, 2014; 2017):

1. La adicción es fundamentalmente un problema de uso de drogas.

2. Las drogas adictivas tienen el poder de controlar a la gente, transformarlos en adictos y secuestrar su voluntad.
3. Una proporción mayoritaria de la vulnerabilidad a la adicción es una predisposición genética hereditaria.
4. Las personas adictas sufren una enfermedad cerebral crónica y con recaídas, que es esencialmente incurable.
5. Aunque no puede ser curada, puede ser tratada por profesionales y grupos de auto ayuda.
6. La adicción es una enfermedad de individuos desviados en sociedades sanas.

Se ha demostrado (NIDA, 2018) que únicamente alrededor de 10% de quienes consumen drogas se volverán adictos, tanto personas como otros animales (Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016; Volkow & Morales, 2015). Hay drogas que pueden provocar adicción más rápidamente que otras por una variedad de factores, como el método de administración o la etapa del desarrollo en la que se encuentre el usuario (Volkow & Morales, 2015), pero quienes consumen alguna lo hacen por cuatro razones principales:

- Para sentirse bien: Placer, hedonismo, recreación
- Para no sentirse mal: Evitar dolor o algún otro malestar o emoción negativa
- Para desempeñarse mejor: Académicamente o deportivamente
- Por curiosidad o por presión social

Sin embargo, mientras que la experimentación o las tomas iniciales de drogas son una conducta voluntaria, el uso repetido de drogas impide la función del cerebro al interferir sobre el autocontrol frente a esta clase de conductas (Volkow & Morales, 2015). Entre los factores que predisponen al desarrollo de una adicción se encuentran (Volkow, Koob, & McLellan, 2016):

- Historia familiar: Heredabilidad y estilo de crianza
- Exposición temprana a las drogas: La adolescencia siendo un periodo en el que se desarrollan la mayoría de las adicciones.

- Exposición a ambientes de riesgo: Mucho estrés social, pobre apoyo familiar y social, fácil acceso a la droga, permisibilidad en el consumo, alternativas conductuales limitadas.
- Ciertas enfermedades mentales: Desórdenes del estado de ánimo, TDAH, psicosis y desórdenes de ansiedad.

Ningún factor por sí solo es responsable de la adicción, pero entre más factores de riesgo acumule una persona, mayor será la probabilidad de que desarrolle una adicción y a la inversa con los factores protectores. Estos factores son tanto biológicos (genética, etnia, género, estado del desarrollo) como del entorno (familia, escuela, vecindario, crianza).

Tras repetidas tomas, las drogas son capaces de dominar la vida de una persona, quien puede comenzar a necesitarlas para sentirse normal y posteriormente enfrentar dificultades al querer controlar su uso, lo que llevará a algunos a consumir en mayor cantidad o más frecuentemente. El impedimento sobre el autocontrol es el sello de la adicción ya que provoca cambios funcionales en los circuitos cerebrales involucrados con recompensas, estrés y autocontrol que pueden ser permanentes. Como otras enfermedades, se argumenta, irrumpe la actividad saludable del cuerpo y, de no ser tratada, puede ser de por vida y llevar a la muerte. No existe una cura para esta enfermedad, pero el tratamiento puede contrarrestar los efectos disruptivos de la adicción sobre el cerebro y la conducta y permitirle a la persona recuperar el control de su vida (NIDA, 2018). La única manera de recuperarse totalmente de la adicción es la total abstinencia o la muerte. Esta idea aún permea grupos o terapias de recuperación bajo la premisa “una vez adicto, adicto para siempre” (Satel & Lilienfeld, 2014). Esto se debe a que el cerebro cambia de manera permanente. Para evitar el desarrollo de esta clase de trastornos, entonces, las únicas dos opciones son desaparecer las drogas por completo o asustar lo suficiente a las personas para que ninguna las utilice. Distintas variaciones de estas estrategias han sido aplicadas cruel y fútilmente en la guerra contra las drogas (Alexander 2017).

Conforme la adicción se desarrolla, estímulos ambientales quedan asociados con el uso de drogas, estos incluyen el entorno donde se consumió, las personas acompañantes y el estado mental del usuario (Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Estos estímulos condicionados o pistas, junto con una incapacidad para demorar la gratificación conducen hacia una urgencia por el consumo (Volkow & Morales, 2015), por lo que las estrategias para reducir el riesgo de recaídas deben incluir un cambio en el círculo de amistades y evitar las pistas en el entorno relacionadas al consumo.

El concepto de la adicción como enfermedad se opone a una idea arcaica de la autodeterminación y la responsabilidad que ven el uso de drogas como un acto voluntario y hedonista (Volkow, Koob, & McLellan, 2016); en la adicción se consumen drogas, no por su valor hedónico, sino porque son deseadas, tienen una saliencia incrementada y un valor de recompensa exagerado (Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016). En otras palabras, el objetivo de la Visión Oficial es eliminar el estigma moral sobre los usuarios de sustancias que han perdido el control de su uso, ya que, al encontrarse en un estado de secuestro químico, son incapaces de actuar de otra manera; los cambios en el cerebro son los responsables de que la persona sea incapaz de controlar su uso (Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Esto queda evidenciado por las neuroadaptaciones secuenciales que tornan el consumo inicial en compulsivo y con recaídas. Esta reprogramación de circuitos neuronales incluye a los involucrados en recompensa y motivación, memoria, condicionamiento, habituación, funciones ejecutivas, control inhibitorio, interocepción, auto consciencia y reactividad al estrés (Koob & Volkow, 2010). En resumen, la adicción es el fracaso para controlar la propia conducta aún frente a consecuencias catastróficas (Alexander, 2014; Volkow & Morales, 2015).

Sin embargo, al liberar al adicto del estigma del fracaso moral y de la debilidad intelectual o de carácter, también se le retira a la persona su agencia, la capacidad de decidir y de disfrutar del consumo a la vez que se le ve como un ente aislado y no como un ser cultural inserto en dinámicas de inhalación como las que se han mencionado. Se ha dicho que los efectos de las drogas no son únicamente su

función farmacológica, sino la interacción única entre la droga y las características bioquímicas del cerebro del usuario (Volkow, 2004), pero es necesario expandir aún más esta definición para lograr abarcar el contexto del usuario y la etiología de la adicción, pues, a pesar de la innegable influencia que distintos factores genéticos deben tener sobre una conducta tan compleja, es inevitable reconocer que el entorno social es la influencia más relevante en el abuso de drogas en humanos (Volkow, Fowler, & Wang, 2003). Un modelo balanceado de la adicción necesita reconocer que el organismo y su entorno están conectados en todos los niveles, percepción, cognición, conducta, y que interactúan continuamente como un sistema abierto (Lewis M. , 2018); la adicción es el producto de las relaciones entre sustancia, biología, individuos, entorno, discursos, prácticas y políticas. Es una contingencia social e histórica que emerge, más que precede, de las experiencias y entendimientos de la persona y la sociedad (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017).

El contexto y las redes sociales son un poderoso modulador de la expresión de genes, desarrollo cerebral y función, cognición, emoción y conducta (Baler & Volkow, 2011). Pero, a pesar de las repetidas declaraciones por parte de los proponentes de la Visión Oficial de tomar en cuenta factores sociales, sus intentos se han restringido a la aproximación médica/farmacéutica, desde la que pretenden obtener nuevas sustancias psicoactivas que puedan remediar la enfermedad que han inventado, olvidando las repetidas catástrofes que esta empresa ha provocado durante los últimos 70 años (Heather, 2017).

La aproximación presente del NIDA, como las de otros grupos, es aquí considerada fallida ya que ha llevado, o ha sido llevada, por una política neoliberal de la criminalización de los usuarios de drogas en Ciudad de México, como parte de una estrategia internacional que no solamente ha fracasado en mostrar resultados favorables, sino también ha sido ampliamente criticada por sus violaciones a los derechos humanos (Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016). Los usuarios de drogas son percibidos a la vez como incapaces de autocontrol, pero responsables por sus actos, que necesitan intervenciones externas para regular su conducta, pero deben ser castigados por la misma. El estigma que viven no es

menor como resultado de ser vistos como enfermos abúlicos por quienes aceptan la Visión Oficial que el vivido por ser viciosos y débiles por quienes se suscriben a alguna otra explicación (Ahern, Stuber, & Galea, 2007; Pickard, 2017). Incluso se ha reportado que quienes aceptan la explicación biológica de la adicción desean más distancia social que los separe de quienes la padecen (Satel & Lilienfeld, 2014).

Las adaptaciones cerebrales están presentes y manifiestas en conductas que son mediadas por normas socioculturales (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017). Pero antes de proceder a presentar una explicación más holística de la adicción, es importante mencionar la evidencia traída desde las neurociencias y los estudios de neuroimagen acerca de los cambios presentes en el cerebro como producto de la adicción, misma que será reinterpretada bajo la Teoría de la Dislocación.

2.5 LA ADICCIÓN COMO ENFERMEDAD CEREBRAL

En el cerebro de los mamíferos, el sistema límbico es de vital importancia para la supervivencia ya que está involucrado en procesos de atención, memoria, motivación y aprendizaje. Uno de los neurotransmisores más importantes para estos procesos es la dopamina, que, aunque también está involucrada en muchos otros, aquí es donde su rol es más notorio. La vía mesolímbica (dopamina del área ventral tegmental proyectada hacia núcleo accumbens) es crucial para la recepción de recompensas, por lo que también es conocida como el *circuito de la recompensa* o incluso como el *circuito dopaminérgico de la adicción*. Las vías nigroestriatal y mesocortical parecen también estar involucradas en recompensa y adicción. La adicción no afecta únicamente al circuito de recompensa, sino también a otros circuitos involucrados con condicionamiento, hábitos, motivación y funciones ejecutivas (control inhibitorio, atribución de saliencia y toma de decisiones) (Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014).

Entre las áreas más relevantes para el estudio de la adicción es imprescindible destacar (Volkow, Fowler, & Wang, 2003; Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016):

- Corteza orbitofrontal: Atribución de saliencia y conductas orientadas a metas.
- Corteza anterior del cíngulo: Control inhibitorio y consciencia.

- Corteza prefrontal dorsolateral: Operaciones cognitivas superiores y toma de decisiones, autocontrol y planeación.
- Amígdala e hipocampo: Memoria, aprendizaje y reacciones emocionales. Modo de *pelea o huida*.
- Estriado dorsal: Identifica patrones de conducta y/o circunstancias que anteriormente han llevado a la recepción de la recompensa. Formación de hábitos.
- Estriado ventral (núcleo accumbens): Recepción de la recompensa.
- Área ventral tegmental: Es donde se sintetiza la dopamina que será utilizada como neurotransmisor en esta vía.

También es posible clasificar las áreas por el rol que desempeñan en las tres fases del uso de drogas (Volkow, Koob, & McLellan, 2016):

- Intoxicación: Área ventral tegmental, estriado ventral y dorsal. Dopamina y péptidos opioides.
- Abstinencia y afecto negativo: Amígdala extendida. Epinefrina, norepinefrina, dinorfina y factor liberador de corticotropina.
- Preocupación/anticipación:
 - Deseo: Corteza orbitofrontal, estriado dorsal, corteza prefrontal, amígdala basolateral, hipocampo e ínsula. Glutamato.
 - Control inhibitorio: Giro del cíngulo, corteza prefrontal dorsolateral, corteza frontal inferior. GABA.

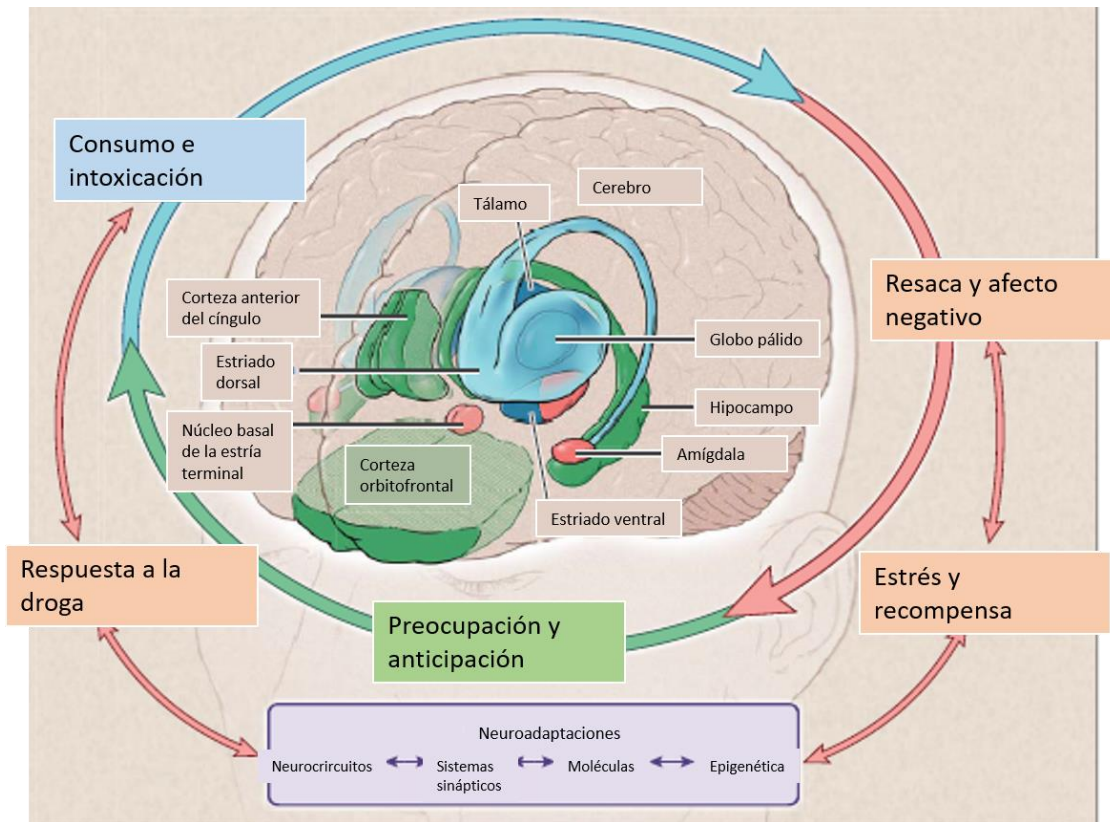


Ilustración 6. El ciclo de la adicción (Koob & Volkow, 2010) [Traducida]

Las drogas, como potentes motivadores de la conducta, son capaces de modificar estructural y metabólicamente al cerebro, principalmente en estas áreas, además del daño orgánico que son capaces de provocar.

El deseo es cómo la evolución consigue que persigamos metas repetidamente. Deseos recurrentes o intensos modulan la velocidad y profundidad del aprendizaje y, a su vez, los cambios a nivel cerebral (Lewis, 2015; 2016). Las drogas son capaces de incrementar la liberación de dopamina de una manera prolongada y menos regulada que recompensas naturales, y en esto consiste la dependencia a sus efectos recompensantes (Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016). También son responsables de un incremento de actividad en las áreas encargadas de la memoria, aprendizaje y motivación (Volkow, Fowler, & Wang, 2003). A la vez, esto resulta en cambios en la neuroplasticidad sináptica tanto en el sistema de dopamina como en sus receptores. Estos cambios usurpan mecanismos de aprendizaje que persisten aún frente a consecuencias negativas. La adicción

también causa perturbaciones emocionales y cognitivas que provocan una saliencia incrementada de las drogas, que superan expectativas cada vez que son consumidas. Esto lleva a un aprendizaje patológico, en el que el sistema trata a la droga como algo que cada vez incrementa su valor (Levy, 2013) a expensas de un infravaloramiento de reforzadores naturales, así como déficits en el auto control (Koob & Volkow, 2010). Sin embargo, este mismo circuito y este mismo proceso es el que se atraviesa para la recepción de cualquier reforzador, ya sea uno perfectamente natural y necesario para la supervivencia del organismo, como un orgasmo, alimentarse o recibir afecto (Volkow & Morales, 2015; Lewis M. , 2016). Es vital recordar que entre los primates, uno de los reforzadores más poderosos es la interacción social (Volkow, 2004).

La dopamina no es el único transmisor involucrado en el proceso de adicción, pero sí el más importante en la fase de intoxicación, es decir, en la recepción de la recompensa. Su incremento y la sensación de *high* deben ser alcanzados rápidamente tras el uso para obtener la sensación de recompensa (Volkow & Morales, 2015). El establecimiento de esta contingencia es crucial para cualquier proceso de aprendizaje (Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014). Tras repetidas exposiciones a la droga, los actos de búsqueda y administración se vuelven un estímulo condicionado que comenzará a producir una liberación de dopamina en el núcleo accumbens, el estriado ventral enfoca la atención en la meta deseada, activa una secuencia conductual para alcanzarla y produce una urgencia motivacional para energizar la conducta. Con el tiempo, la activación se empieza a producir en el estriado dorsal, asociado a hábitos y respuestas automáticas, conforme la conducta se vuelve compulsiva. Se piensa que este proceso erradica la fuerza de voluntad porque ya no implica una decisión consciente (Lewis M. , 2018; Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016), de manera que en presencia de una o varias de las condiciones en las que previamente se ha consumido, se desencadenará la sensación de anticipación de la recompensa. Se ha observado que un número reducido de receptores D2 de dopamina en el estriado, tanto ventral como dorsal, está asociado con actividad disminuida en la corteza prefrontal, en particular en áreas encargadas de la saliencia y de autocontrol, esto dificulta la

planeación, la demora de la gratificación y la flexibilidad de conductas (Volkow & Morales, 2015) y está asociado con la presencia de conductas compulsivas. Estos receptores son los responsables de transmitir la señal de recompensa a la corteza orbitofrontal, la disrupción de su funcionamiento podría explicar la saliencia incrementada de la recompensa proporcionada por la droga y el decremento en las otras clases de recompensa (Volkow, Baler, & Goldstein, 2011; Volkow, Fowler, & Wang, 2003). El uso de drogas reduce las conexiones entre corteza prefrontal y el estriado y la adicción a largo plazo reduce la densidad de materia gris en áreas prefrontales. Se hipotetiza que aquí yacen la disminución de la capacidad para el juicio y el autocontrol (Lewis M. , 2018).

En resumen, la adicción es capaz de modificar las redes neuronales y la conducta de la persona, por el rol de las conductas compulsivas o automáticas, la pérdida de conectividad prefrontal, la sensibilización a pistas y la desensibilización a recompensas naturales. No obstante, ninguno de estos cambios es exclusivo para la adicción ni indican un proceso de enfermedad (Lewis M. , 2018) a pesar de que esta posición ha sido utilizada como propaganda política e incluso como manera de generar interés en los inversionistas (Satel & Lilienfeld, 2014).

La Visión Oficial deja muchas preguntas sin respuesta como ¿qué sucede con las adicciones conductuales, aquellas en las que no hay ninguna sustancia exógena activando el circuito de recompensa? ¿Por qué la adicción es más prevalente en unas sociedades o momentos históricos que en otras? ¿Por qué las personas no usan todas las drogas a su disposición? ¿Por qué no todas las personas que usan drogas se vuelven adictas? ¿Por qué la mayoría de las que sí se vuelven adictas son capaces de rehabilitarse sin intervención? ¿Por qué no todas las adicciones escalan hacia las drogas que provocan una mayor recompensa? ¿Por qué la adicción es en ocasiones miserable y destructiva y en otras beneficiosa y disfrutable? ¿Por qué algunas personas desarrollan y mantienen adicciones que eliminan aquello que para otros es lo más disfrutable de la vida? (Alexander K. & Schweighofer R. F., 1988).

También falla al explicar las altas tasas, el patrón temporal y correlatos de la recuperación y está erróneamente basada en que la heredabilidad, cambios neurales e irracionalidad son evidencia de que es una enfermedad (Heyman, 2013). Pensar la adicción como una enfermedad es el equivalente secular de una posesión demoniaca para explicar el comportamiento de una persona (Heather, 2017) y pensar que es padecida individualmente ignora las condiciones sociales en las que la persona se encuentra o en las que se ha desarrollado. La Visión Oficial propone como solución la adopción de su modelo, ya que sus conocimientos ayudarán a concientizar al público acerca de los riesgos del consumo (Pons

Diez, 2008), pero lejos de tener algún éxito, el flujo de adicciones sólo ha continuado incrementando la mitad de siglo que la Visión Oficial se ha implementado (Alexander, 2017).

Desde hace ya algunos años, distintos autores han expuesto estos y otros fallos en la Visión Oficial, mismos que se resuelven y se reúnen con sus aciertos para conjuntarse en la teoría socioecológica que se presenta a continuación.

2.6 TEORÍA DE LA DISLOCACIÓN DE LA ADICCIÓN

Como ya se mencionó, la adicción es más prevalente en unas sociedades que en otras y en determinados momentos históricos o cuando se cumplen ciertas condiciones sociales. De hecho, a pesar de que el uso de drogas es un fenómeno que ha acompañado a la humanidad durante toda su historia, no existen registros de drogadicción en grandes números o como problema social previos al siglo XV y no es debido a la ausencia de psicoactivos (Alexander, 2010). Mientras que, para la Visión Oficial, el uso de *drogas adictivas* es señal inequívoca del contagio de la enfermedad de la adicción, desde un nuevo paradigma, puede ser una decisión

“La droga también es del diablo.”

En Alberto, sin duda como otros, el discurso prohibicionista ha logrado integrarse con su propia fe en el cristianismo, dejando claro el caso de que no hay una relación sana posible con la droga demoniaca cuyo poder adictivo es capaz de secuestrar la voluntad de una persona y su uso sólo puede llevar al mal.

sensata, que tiene efectos opuestos a los de deshabilitar a la persona (Alexander, 1987).

La evidencia revela que la mayoría de quienes cumplen los criterios de adicción de la Asociación Psiquiátrica Americana han dejado de usar drogas ilegales para cuando tienen 30 años y usualmente lo hacen sin ayuda profesional, además de que el desorden de uso de sustancias tiene la tasa de remisión más alta de cualquier desorden psiquiátrico (Heyman, 2013; 2016). Entre las razones de la rehabilitación se encuentran preocupaciones legales, presiones económicas y el deseo de obtener respeto, principalmente de sus familiares, ser un mejor padre o enorgullecer a alguien. Son preocupaciones cotidianas, prácticas y morales que afectan decisiones mayores y para las que no hay equivalentes en otras enfermedades como aquellas con las que la Visión Oficial ha comparado la adicción (Pickard, 2012; Heyman, 2013). El misterio de la adicción es por qué quienes la padecen parecen actuar en contra de sus propios intereses y continúan usando drogas a pesar de las extremas consecuencias negativas (Pickard, 2016).

Muchos procesos biológicos característicos de enfermedades están ligados a las condiciones materiales y sociales en las que la persona vive. Las interacciones sociales pueden ser poderosas fuentes de ansiedad cuando uno se encuentra en desventaja social, se le hace sentir inferior, rebajado o se le falta al respeto (Charlesworth, Gilfillan, & Wilkinson, 2019).

“Me sentía cansado y deseaba cambiar para ser como antes, para no ser una burla ni ser discriminado.”
—Alberto, hablando de las motivaciones para su recuperación.

A finales de los 70 y principios de los 80, se realizó una serie de experimentos (Alexander, Beyerstein, Hadaway, & Coombs, 1981; Alexander, Coombs, & Hadaway, 1978; Coombs, Alexander, Davis, Hadaway, & Tressel, 1980; Hadaway, K, Coombs, & Beyerstein, 1979) en respuesta a las conclusiones de algunos investigadores acerca del rol de la dopamina y

las drogas de abuso. Hasta ese momento, la evidencia mostraba que las ratas, al ser estimuladas directamente en sus núcleos accumbens o recibir drogas

directamente en sus cerebros al accionar una palanca, se olvidaban de hacer cualquier otra cosa mas que esta tarea. Incluso preferían palanquear para obtener droga que para obtener comida, lo que resultaba en su muerte por inanición (Olds & Milner, 1954). Esto fue usado como parte de la propaganda de la guerra contra las drogas pues mostraba inequívocamente el potencial destructivo que éstas tenían sobre las vidas de quienes las consumían.

Bruce K. Alexander, sin embargo, notó que las ratas no tenían muchas otras opciones conductuales ni otras fuentes de reforzadores o recreación más allá del palanqueo y que, por lo tanto, su extraordinario consumo parecía ser más bien un efecto de su entorno empobrecido (Alexander 2017); no se encontraban en el ambiente para el que la evolución por selección natural las había moldeado durante millones de años: no tenían espacio para correr, material para hacer madrigueras, y lo más importante, se encontraban aisladas. Las ratas, como la mayoría de los mamíferos, son animales gregarios, establecen jerarquías, se acicalan, copulan, cuidan de sus crías e incluso son capaces de ayudarse y aprender unas de otras. Privadas de esta clase de reforzadores naturales, típicos de su especie y mismos que le han asegurado su supervivencia durante millones de años, la rata, en consecuencia, rápidamente se volvía adicta.

Rat Park fue como se nombró a la serie de experimentos en los que un número de ratas habitaría conjuntamente un encierro mucho más grande que sus habituales jaulas, el alimento y agua serían accesibles en todo momento, tendrían a su disposición materiales para construir nidos y lugares donde ocultarse. Tendrían también a su disposición dos piletas: una con agua y una con agua adicionada con morfina. Dentro de Rat Park, el consumo de agua con morfina era muy inferior al que tenían individuos aislados, la mayoría llegaban sólo a probarla y dado que su sabor es muy amargo, la evitaban en el futuro (Alexander, Beyerstein, Hadaway, & Coombs, 1981). Comenzó a adicionarse una pileta con azúcar además de la morfina y, a pesar de que las ratas la consumían más entre más azúcar era añadida, nunca llegaron a consumir tanta como los individuos aislados. Ni siquiera los sujetos a quienes se les seccionaba el nervio glossofaríngeo igualaban su consumo,

descartando la preferencia por sabores. Sin embargo, los sujetos inyectados con naltrexona, un antagonista de la morfina, bebían de ambas piletas indistintamente. Estos resultados parecen sugerir que las ratas activamente buscaban evitar los efectos intoxicantes de la morfina y no su sabor desagradable ya que estos interfieren con conductas complejas típicas de la especie que sólo podían ocurrir en el contexto de la colonia, como construir un nido, aparearse o pelear, mismas que son reforzantes, mientras que la ingesta de morfina reduce la conducta sexual y la cohesión social (Alexander, Beyerstein, Hadaway, & Coombs, 1981).

En otros experimentos se intercambiaron sujetos; los de Rat Park fueron aislados y los aislados, con un consumo suficiente como para categorizarlos como adictos en otros estudios, se colocaron en el entorno enriquecido. Los resultados fueron los anticipados: independientemente del alojamiento previo, las ratas aisladas utilizaban mucha más morfina, ya que ésta puede aliviar el estrés del aislamiento social y sensorial mientras que los sujetos en colonia comenzaban a reducir su consumo. Las ratas parecían valorar más los reforzadores de la socialización que la morfina (Alexander, Beyerstein, Hadaway, & Coombs, 1981). Éste fue el nacimiento de la Teoría de la Dislocación de la Adicción.

Ésta se basa en la gran conclusión de Rat Park: Las ratas escalarán su auto administración, en ocasiones hasta la muerte, si otros reforzadores no están disponibles, porque, de estarlo, preferirán reforzadores alternativos como sacarina o acicalamiento. Asimismo, los humanos adictos son capaces de controlar su conducta cuando hay suficientes razones para hacerlo. El uso no es meramente compulsivo, sino que responde a incentivos (Hart, 2013; Pickard, 2016). Sin embargo, a diferencia de las ratas, “las jaulas que vuelven a las personas vulnerables a la adicción son a menudo invisibles” (Alexander, 2015). A pesar de que los sistemas de recompensa sean similares entre ambas especies, sus ecologías sociales son completamente distintas (Flanagan, 2013).

Para tener un lugar en la sociedad, una persona debe establecer y trabajar relaciones con su familia, comunidad, religión, etc. en un proceso conocido como integración psicosocial, que es simultáneamente la experiencia individual de involucrarse con el grupo y el entendimiento y la aceptación del individuo por parte de éste

“A mí no me gustaría que un día mi mamá viera que ando ansioso por conseguir la droga.”

–Manuel, acerca de la razón por la que abandonó su casa.

(Alexander, 2000). Fracasar al conseguir o mantener la integración psicosocial es un problema grave, pues incita al oprobio, desesperación y, finalmente, al suicidio. Por lo tanto, su ausencia crea una necesidad urgente de encontrar maneras sustitutas de conseguir sentido y apoyo social. Estos sustitutos no proveen la integración necesaria, pero permiten sobrevivir por el momento presente, por lo que los individuos dislocados socialmente se aferran desesperadamente a ellos. La adicción a las drogas, como cualquier otro sustituto, es adaptativa, aunque sea dañina en apariencia, le proveen a la persona algo que le es esencial (Alexander, 1987). Las funciones adaptativas de la adicción en la era moderna son tan intrínsecas a ella como la competencia, la soledad y la ansiedad (Alexander, 2017).

Con el advenimiento de la modernidad, dos procesos comenzaron a ocurrir sinérgicamente, en particular en sociedades colonizadas, aquellas con altos índices de desigualdad y estratificación social:

- **Dislocación:** Es la antítesis de la integración psicosocial propuesta por Erikson. Es una experiencia de vacío que puede ser descrita en muchos niveles. En términos existenciales es la ausencia de sentimientos vitales de pertenencia, identidad, propósito y significado. En términos espirituales es una pobreza del espíritu, falta de fuerza espiritual, indigencia del alma y el sentimiento de haber sido olvidado por dios. No hay una fórmula precisa para definirla y esto vuelve su existencia fácil de ser negada por la epistemología científica rígida. Pero la epistemología científica rígida no hace desaparecer la dislocación, sólo la vuelve invisible (Alexander, 2015). Es lo que le ocurre a un individuo en una sociedad fragmentada y que, a su vez, contribuye a fragmentarla aún más. Ocurre frente

a un sentimiento de falta o pérdida de identidad, cultura o propiedad. Puede ser descrita de muchas maneras: Para la sociología es la alienación y el resentimiento de individuos en grandes sociedades burocratizadas que aplastan el sentido de comunidad, para la psicología son experiencias empobrecidas de apego, pertenencia, identidad, significado y propósito que lleva a padecer desórdenes como depresión y ansiedad, para la biología evolutiva es un fracaso para satisfacer las necesidades sociales innatas de la especie humana, principalmente los vínculos interpersonales. En el cristianismo se habla de la pérdida de la fe por la idolatría del mundo secular. En términos existencialistas se describen sentimientos de ansiedad, miedo, el absurdo y la nada en personas que viven en sociedades burguesas sin sentido (Alexander, 2017). Es la ruptura de conexiones sostenibles entre los individuos y sus familias, amigos, sociedades, rituales, tradiciones, naciones y deidades, socava las bases de una identidad humana, dejando una existencia vacía y opaca. Lleva a sentimientos de vergüenza, aburrimiento, depresión, ira, angustia, al enloquecimiento y al suicidio (Alexander, 2012). Es el efecto secundario psicológico del sistema económico presente y el peor contribuyente de la modernidad al problema de la adicción (Alexander, 2014).

- Fragmentación: Es la consecuencia de un gran número de individuos dislocados en una sociedad y contribuye a dislocar a más aún. Ocurre en las sociedades que se encuentran sometidas por la violencia, pobreza o desigualdad, aquellas sin capital social y sin sentido de comunidad. Aquellas que no generan en sus individuos un sentido de pertenencia y no ofrecen alternativas a estilos de vida nocivos. Esta clase de sociedades es la que vuelve a los individuos vulnerables a la adicción. Sus causas son globales, se encuentran intrínsecamente en las estructuras económicas y sociales de la modernidad tardía, donde la dislocación se ha vuelto inescapable y prácticamente universal (Alexander, 2014; 2017). Es la característica de una sociedad que sistemáticamente impide la integración social de todos sus miembros, como las sociedades de libre mercado. A pesar de que cualquier persona en cualquier sociedad puede ser dislocada, las sociedades modernas occidentales fragmentadas dislocan a todos sus

miembros en mayor o menor medida porque el libre mercado controla el trabajo, la tierra, el dinero y los bienes. Este sistema mercantil requiere que sus participantes asuman el rol de actores económicos individuales sin la carga de familias y amigos, lealtades, responsabilidades comunitarias, caridad, valores, religión, etc. Estos principios sobre los que se levanta la sociedad occidental producen dislocación masiva, el precursor necesario de la adicción. Ésta no es el estado patológico de unos cuantos, sino la condición general de la sociedad occidental (Alexander, 2001)

La teoría de la dislocación se basa en seis puntos (en respuesta a los seis de la Visión Oficial) (Alexander, 2014):

1. Las personas se pueden volver adictas a innumerables hábitos y persecuciones. La adicción no guarda una relación especial con las drogas.
2. Las personas que viven con adicciones tienen tanto poder de voluntad como cualquier otra persona.
3. Algunos genes tienen efectos medibles sobre la probabilidad de adicción, pero ninguno compromete a una predisposición.
4. Más que una enfermedad o un fracaso moral, la adicción es la manera de adaptarse a la dislocación severa.
5. La mayoría de las personas adictas superan esta situación por su cuenta. La ayuda profesional y los grupos de auto ayuda son sólo marginalmente efectivos.
6. En tiempos modernos, la adicción es causada por la fragmentación de la sociedad.

La dislocación radical y prolongada tiene un costo alto: genera miseria en la forma de ansiedad, suicidio, depresión, desorientación, desesperanza y violencia. Es de hecho tan insoportable, que ha sido usada como castigo desde tiempos antiguos en la forma de destierro, excomuniación, exilio, confinamiento solitario, entre otros. (Alexander, 2017).

Las drogas proveen una manera habitual y a corto plazo de manejar el estrés psicológico y emociones negativas junto con otros síntomas y problemas típicamente experimentados por personas con problemas de salud mental o en entornos empobrecidos. Sus beneficios son inmediatos mientras que sus costos son demorados y no son certeros (Pickard, 2016). El potencial de los individuos es vasto hasta que situaciones familiares, sociales o psicológicas lo vuelven angosto y lo limitan a recompensas subóptimas. Estas personas encuentran un significado en las drogas: las alejan del estrés o promueve sentimientos de seguridad y bienestar a los que pueden acceder en ausencia de otras personas. Actúan como objetos sustitutivos de la satisfacción de necesidades sociales y económicas; liberan la tensión provocada por no encontrar un lugar en la sociedad. Las drogas permiten, a través de sus efectos psicoactivos, una evasión de una realidad frustrante o bien un medio de obtener gratificaciones que suplen, al menos de manera momentánea, la insatisfacción vital y el sentimiento de frustración (Pons Diez, 2008). Estas conductas, a su vez, van volviendo angosto el entorno social, hasta que éste consta sólo de personas y conductas que permiten el consumo de drogas y, conforme incrementa la persecución de éstas, acelera la huida del rechazo y del castigo de familiares y amigos limitando las posibilidades de sentirse conectado y protegido (Lewis M. , 2018). Incluso las adicciones más dañinas cumplen una función compensatoria para individuos dislocados: proveen el alivio desesperadamente necesitado del tormento de la exclusión social y la insignificancia (Alexander; 2010). El adicto, entonces, será motivado a consumir para olvidar, hacer a un lado o reducir los sentimientos negativos que nacen de la vergüenza por el propio uso (Matthews, Dwyer, & Snoek, 2017). La adicción sirve múltiples funciones, pero su razón de existir, es sustituir la falta de integración psicosocial (Alexander, 2012).

“Cuando te pasan cosas malas es cuando más te drogas”.

Laura reconoce su consumo como consecuencia de sus emociones negativas y de situaciones desagradables.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA: VIENDO A LOS INVISIBLES



Ilustración 7. Hombre realizando un dibujo en la Cande

3.1 PROBLEMA

Existe una falta de comprensión sobre las circunstancias que rodean el consumo de inhalables y sus efectos en población callejera, por qué los usan y cómo repercute sobre sus vidas debido a dificultades metodológicas que esta clase de trabajo implica, así como a un desinterés por parte de la academia, el estado y el público general, quienes han preferido obviar las condiciones de vida de estas personas que atenderlas como es debido. Es considerado urgente ampliar la perspectiva del proceso y las circunstancias en las que la adicción se desarrolla por la cantidad de personas cuya salud se encuentra en riesgo, por la desinformación y por la falta de atención adecuada.

3.2 OBJETIVO

- GENERAL: Conocer los efectos del consumo de sustancias inhalables sobre la cognición, afectividad y estilo de vida en pobladores callejeros, comprenderlos dentro de su estilo de vida e interpretarlos bajo una visión integrativa del uso de sustancias psicoactivas.
 - Evaluar situaciones que favorecen uso de inhalables en calle.
 - Evaluar efectos del uso de inhalables en calle sobre: cognición, afectividad y socialización.
 - Registrar prácticas de consumo de inhalables en las calles de CDMX y experiencias de vida ligadas a ellas.
 - Interpretar los hallazgos bajo un enfoque que integre los aspectos biológicos, psicosociales, económicos y políticos en torno al consumo.

3.3 HIPÓTESIS

El daño cognitivo provocado por los inhalables es severo y exacerbado por el estilo de vida en calle. El estilo de vida gira en torno a la inmediatez de conseguir inhalables al costo de la salud y relaciones sociales ya que no hay otras fuentes satisfactorias de recompensas a la vez que el uso es paliativo de situaciones

presentes o pasadas. La calle, y las situaciones que giran en torno a ella, conforman un entorno propicio para el desarrollo de la adicción.

3.4 PARTICIPANTES

El grupo de participantes (n=10) se encuentra compuesto por 4 mujeres y 6 hombres con una edad promedio de 32 años. La media del tiempo que llevan habitando en las calles es de 17.6 años y han consumido inhalable durante una media de 13.5 años (al momento de realizar este estudio) aunque es de notar que no han permanecido en la calle todo este tiempo. Los participantes reportaron la edad a la que abandonaron sus hogares o alguna institución que se ocupaba de ellos en su niñez, después de esto, algunos han estado algún tiempo con sus familiares, en albergues o en reclusorios. Se dedican a distintos oficios, cambiantes todo el tiempo. Habitan, la mayoría, en el barrio de la colonia Portales y Taxqueña.

A pesar de que en la calle la proporción tiende a ser más cercana a 2 mujeres por cada 8 hombres, se decidió intentar igualar las proporciones lo más posible para que las variables propias de su género estuvieran más representadas. También porque esto facilitó la cooperación de los participantes, ya que algunos accedieron a participar sólo si sus parejas les acompañaban.

Tabla 1. Datos generales de los participantes.

Nombre	Sexo	Edad	Ocupación	Estado civil	Escolaridad	Contacto	Tiempo en calle	Tiempo de consumo
Alberto	H	36	Ayudante en un Iglesia y vende blusas	Soltero	4to de primaria 4 años	Conoció a Freddy en Coruña	3 años. Alterna entre casa de sus padres y un albergue	12 años.
Pedro	H	37	Recolección y ventas de reciclables (cartón, pet y aluminio)	Soltero	Primaria completa 6 años	Conoció a Freddy en Coruña	4 años	Dejó de consumir hace 2 años.
Laura	M	30	Vender dulces y ayuda a tirar la basura en un mercado	Soltera	Sin estudios	Lo conoció en la casa hogar a la que llegó a los 5 años	Desde los 5 años A los 12 abandona el albergue	23 años
Jorge	H	30	Recolectar y vender reciclable, ayuda los vendedores ambulantes	Soltero	3ero de secundaria 9 años	Conoció a Freddy en Coruña	Desde los 20	15 años
Mays	M	24	Vender dulces/pasas/palabrea	Soltera	1ro de secundaria 7 años	Conoce a Freddy	Nació en la calle	11 años
Manuel	H	24	Diversos empleos	Soltero	2do de preparatoria 8 años	Conoció a Freddy en la colonia Portales	Desde los 22.	9 años.
Ana	M	29	Repartidora de pollo a domicilio	Casado	3ero de secundaria 11 años			
Magnolia	M	38	No trabaja debido a su discapacidad (mala visión, problemas motores)	Unión libre	Sin estudios	Pareja de Federico	Llega a la casa hogar a los 7 años y la abandona a los 9	29 años.
Federico	H	45	Vender dulces	Unión libre	Secundaria completa 9 años	Conoció a Freddy con el padre Chinchichoma	Pasa meses en la calle desde los 12 años	24 años
Cristian	H	28	Vender dulces/Cantar en el transporte público	Soltero	Primaria completa 6 años	Conoció a Freddy en Zarco	Desde los 12 años	12 años

3.5 MÉTODO

Se accedió a los participantes mediante un educador de calle, una persona que los conocía de diferentes lugares, albergues, comedores, casas hogar o alguno otro relevante a su propia experiencia habitando en la calle. Fue esta persona quien los consideró, teniendo en cuenta su historia (como población callejera y consumidores de inhalable), su accesibilidad, disposición y conducta, como apropiados para participar en el estudio. Fue esta misma persona quien se encargó de buscarlos en los barrios donde habitan y de llevarlos a las instalaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Iztapalapa (UAM-I) o a algún punto desde el cual el equipo de investigadores se pudiera hacer cargo. Se hicieron visitas previas por parte de los investigadores para conocerlos y construir rapport con los participantes y corroborar si su perfil era el adecuado para el estudio.

Una vez en las inmediaciones del campus, se aseguró que los participantes hubieran comido, se les proveyó con nuevos artículos de vestimenta en caso de ser necesario y se les prestó acceso a un baño con regadera.

Se aplicaron las distintas pruebas neuropsicológicas en la clínica de trastornos del sueño UAM-I con descansos y salidas cuando fueran necesarios para el participante. Bebidas y alimentos estaban disponibles en todo momento. También se realizaron actividades como juegos de mesa que pudieran servirle de distracción y para reducir el estrés en ocasiones asociado a la falta de consumo o a estar en un lugar cerrado. Se les proporcionó ayuda a los participantes incapaces de leer o escribir. Los participantes accedieron a ser parte de varios estudios, siendo sólo uno el que aquí se expone. Para esto, fue necesario que visitaran la UAM-I un par de ocasiones y también que pasaran la noche en la clínica de trastornos del sueño.

Se realizaron entrevistas a profundidad acerca de su estilo de vida, consumo de drogas, actividades diarias, cómo obtienen dinero, dónde pasan la noche, y, en general, su experiencia viviendo en la calle. Todas las entrevistas, aplicaciones de pruebas y actividades fueron grabadas en audio o video para su posterior análisis. En algunos casos, posterior a su participación, se realizó una visita al barrio en que radican para acompañarlos en sus rutinas diarias.

Algunas de las pruebas fueron adaptadas del consumo de alcohol al consumo de inhalable ya que para éste no hay pruebas disponibles. Los nombres de los participantes fueron cambiados para preservar su anonimato. Todos los participantes leyeron y firmaron una carta de consentimiento. Se les proveyó asistencia a quienes eran incapaces de leerla o firmarla.

Debido a las características de la población a investigar, el número de participantes en este estudio es reducido. Existe una gran dificultad para interesar a miembros de poblaciones callejeras en el trabajo académico; debido a su incompreensión del mismo o a que se sienten expuestos como objeto de investigación. También, el tiempo dedicado al estudio es tiempo que podría ser mejor invertido en generar dinero para conseguir un lugar para pasar la noche o en las sustancias que requieren. Otras situaciones, como enfermedades mentales, estado de intoxicación o indisposición general, pueden obstruir la aplicación de las pruebas. Los adictos más severos son difíciles de encontrar pues no suelen cooperar con investigadores y es difícil contactarlos por su estilo de vida, enfermedades y por su elevada mortalidad (Heyman, 2013). Un último filtro que los participantes debían pasar era ser usuarios primordialmente de activo para poder hacer hincapié sobre sus efectos específicos, pero dada la prevalencia del policonsumo o la preferencia por otras sustancias, muchos pobladores eran inmediatamente descartados. Sin embargo, a pesar de que la población fue seleccionada y es reducida en número, se considera a la muestra como representativa de su grupo ya que sus relatos y estilos de vida, su patrón de uso de sustancias, historial de discriminación y abuso y enfermedades mentales coinciden con lo reportado en la literatura y corroborado extensamente por prácticas de campo realizadas aparte. Así, la interacción frecuente con personas de distintos barrios de Ciudad de México ayudó a la comprensión de las experiencias en calle. Esto se realizó principalmente desde la metodología de observación participante de la Psicología Social Comunitaria (PSC) y la etnografía multisituada e historias de vida.

La PSC está basada en una clase de intervención donde el psicólogo asume a la vez el rol de participante y científico que busca concientizar acerca de sus

posibilidades y problemas a una comunidad y empoderarla para cambiar para beneficio de quienes la conforman, o bien, formar una y darle sentido junto con el resto de sus integrantes. El interventor actor-participante es un catalizador del desarrollo comunitario y del cambio social, pero no asignado externamente ni orquestador del mismo ya que sus relaciones deben ser horizontales. Debe fomentar la autogestión y la autodeterminación y alentar la participación e inclusión de los beneficiarios (Montero, 1987; 2004).

La etnografía, por su parte, aporta una aproximación menos rígida que otras. Permite que los eventos de la comunidad se desarrollen cotidianamente a la vez que el investigador se integra a ellos. Las entrevistas son realizadas con un carácter de charla, de manera libre y sin directividad. Esto logra establecer rapport y relaciones de poder menos desiguales a la vez que el participante no se siente sólo como un sujeto de investigación (Guber, 2001).

En la calle, el rol del investigador no se limita a visitar los puntos de calle e interactuar con quienes viven de las maneras ya descritas, sino también incluye la observación de las actividades que realizan, el entorno en el que habitan, indagar y corroborar historias con actores clave y otras fuentes para intentar entender el panorama de su cotidianidad. La ayuda, la escucha e incluso la amistad desde un sentido no asistencialista y no paternalista son fundamentales, así como personalmente recompensantes. No hay cabida para el prejuicio ni para el temor a la otredad. Se debe ser flexible y adaptable, ya que las mismas características de esta población y su estilo de vida pueden dificultar el trabajo y lo vuelven inconstante.

3.6 PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

Fueron elegidas por su capacidad de tomar medidas estandarizadas asociadas al consumo de inhalables, así como sus efectos. La extensión de la aplicación y la facilidad de la misma también fueron factores a considerar.

I. Evaluación de niveles de consumo y comorbilidad psiquiátrica

I.1. Línea Base Retrospectiva

I.2. Mini International Neuropsychiatric Interview

II. Evaluación sobre situaciones que favorecen el consumo

II.1. Situaciones de Consumo

II.2. Confianza Situacional

III. Evaluación sobre la cognición

III.1. BETA III

III.2. MiniMental

III.3. NEUROPSI

IV. Evaluación sobre la afectividad y el estilo de vida

IV.1. Perfil de Estrés

IV.2. Índice de Reactividad Interpersonal

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Se desarrolló para ayudar a los bebedores problema que inician un tratamiento a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es posible obtener registros del consumo de alcohol antes y después del tratamiento. El reporte es vulnerable a errores de memoria de los pacientes, ya que requiere que las personas estimen retrospectivamente su consumo diario de alcohol durante un periodo específico, en este caso el último año. Se les proporciona un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día. Puede ser utilizada para proporcionar medidas directas imprecisas de los niveles de consumo individual; también puede ser utilizada para medir cambios en los niveles de consumo (Echeverría, Ruiz, Salazar, & Tiburcio, 2004).

Para este trabajo se indagó acerca del consumo de inhalable hasta donde el participante fuera capaz de recordar en retrospectiva. Esto presentó algunos problemas que serán retomados en la discusión.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Es breve, simple, claro, fácil de aplicar, barato, altamente sensible, específico, compatible con criterios de diagnóstico internacionales como ICD-10, DSM III y IV.

Es capaz de capturar importantes variables sub síndrome y es útil tanto en la psiquiatría clínica como en situaciones de investigación. Incluye 19 posibles patologías elegidas por ser las más comunes en estudios epidemiológicos, mismas que están sujetas a un marco temporal. Algunas de éstas son desorden depresivo mayor, deseos suicidas, fobia social, dependencia al alcohol, abuso del alcohol, dependencia de drogas, abuso de drogas, desorden de estrés post traumático y desorden de la personalidad antisocial (Sheehan, y otros, 1998). Es una entrevista realizada por personal capacitado para ahondar según su juicio en las áreas que lo amerite de acuerdo a las respuestas del participante. El Dr. Roberto Emmanuele Mercadillo Caballero fue quien aplicó esta prueba para el trabajo presente.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)

Se desarrolló como un instrumento para identificar situaciones de alto riesgo para una recaída basándose en un micro análisis de diversas situaciones ocurridas en el último año donde la mayoría resultó en consumo excesivo. Puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo. Los reactivos están diseñados para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:

1. Situaciones personales: involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física. Se subdivide en cinco categorías: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad o urgencia por consumir.
2. Situaciones que involucren a terceras personas: se subdivide en tres categorías: conflicto con otros, presión social y momentos agradables.

Sugerencias para el contenido de los reactivos fueron obtenidas de pláticas con especialistas, alcohólicos y pacientes. El perfil del cliente se construye la graficando las ocho subescalas en una gráfica de barras. Se puede observar si el cliente consume de forma excesiva en situaciones personales o de grupo o se categorizan las subescalas en situaciones positivas o negativas (Echeverría, Ruiz, Salazar, & Tiburcio, 2004).

Para este trabajo, se preguntó al paciente en cuáles de las situaciones mencionadas ha consumido inhalable en exceso el último año.

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)

Fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan la evolución de la autoeficacia del paciente en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. Está diseñado para medir, en relación a la percepción del usuario, su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol.

1. Situaciones personales: en donde el beber involucra la respuesta a un evento, que es de naturaleza psicológica o física. Se subdivide en cinco categorías: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad física o urgencia por consumir.
2. Situaciones de grupo: en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada. Se subdivide en tres categorías: conflicto con otros, presión social y momentos agradables.

Los puntajes de cada categoría indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de beber en forma excesiva en esa situación (Echeverría, Ruiz, Salazar, & Tiburcio, 2004).

Para este trabajo, se preguntó al paciente qué tan seguro se siente de poder resistir consumir en exceso inhalable en tales situaciones.

Beta III

Es un instrumento para evaluar la inteligencia de manera no verbal. Proporciona una medida rápida y confiable de la capacidad intelectual para adultos. Está diseñado para evaluar diversas facetas de la inteligencia no verbal, incluyendo procesamiento de información visual, velocidad del procesamiento, razonamiento espacial y no verbal y aspectos de la inteligencia fluida. Para esto consta de cinco subpruebas: Claves, figuras incompletas, pares iguales y pares desiguales, objetos

equivocados y matrices. Es ideal para personas con bajo nivel educativo o analfabetas (Kellog & Morton, 2010).

MINI Mental

Es un test que se ha usado ampliamente para detectar bajo funcionamiento cognitivo y demencia. Incluye varios dominios de funcionamiento cognitivo incluyendo orientación en tiempo y lugar, registro, concentración, memoria a corto plazo, nombrar objetos familiares, repetir una expresión común y la habilidad para leer y seguir instrucciones escritas, escribir una oración, construir un diagrama y seguir comandos verbales de varios pasos, así como atención, lenguaje y dibujo de figuras (Vertesi, y otros, 2001).

Está correlacionado con pruebas de lectura utilizadas para estimar la línea base en condiciones premórbidas, es decir, puede estimar el deterioro cognitivo de una persona con el tiempo o tras un evento cerebral. Toma unos 10 minutos aplicarlo y provee una línea base de la función cognitiva y apunta a ciertos déficits útiles al formar un diagnóstico. Su aplicación y puntuación pueden hacerse donde el paciente lo requiera. Aquellos con un puntaje entre 30 y 27 no presentan deterioro; entre 26 y 25 tienen deterioro leve y experimentarán problemas con las actividades instrumentales de la vida cotidiana; aquellos con puntuaciones entre 24 y 10 tienen deterioro moderado y tendrán problemas con habilidades básicas y no deberían vivir independientemente; los que tengan puntajes entre 9 y 6 denotan deterioro severo y tendrán problema con todas las actividades básicas, incluyendo comer y caminar. Un puntaje menor a 6 indica fase terminal, completamente disociado, postrado e incapaz de reconocerse a sí mismo o a otros. La edad y la educación son factores que alteran el puntaje por lo que el resultado debe ser tomado en contexto. Un puntaje ligeramente bajo en un individuo educado puede significar un déficit mientras que un puntaje bajo en una persona con baja escolaridad puede no reflejar su capacidad de realizar todas las tareas que necesita en su vida cotidiana. Existe una brecha de discapacidad debido a la discrepancia entre el puntaje y el nivel de funcionamiento (Dykiert, Der, Starr, & Deary, 2016; Soubelet & Salthouse, 2011).

NEUROPSI Atención y Memoria

Esta prueba evalúa las siguientes áreas: orientación, atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria de trabajo, memoria verbal y visual (inmediata y demorada); cada una de estas áreas incluye varias subpruebas que cubren distintos aspectos de ese dominio cognitivo. De este modo, la evaluación de la atención incluye el nivel de alerta, la eficiencia de la vigilancia y concentración y atención selectiva. La evaluación de las funciones ejecutivas comprende la formación de conceptos, flexibilidad, inhibición y programación de pruebas motoras. La memoria por su parte, abarca la evocación inmediata y demorada de información verbal y no verbal. El recuerdo demorado de la información verbal incluye la evocación libre de la información y el recuerdo por claves semánticas y reconocimiento (Ardila, Ostrosky-Solis, Rosselli, & Gomez, 2000). Para la interpretación de los resultados, se obtiene un índice cuantitativo del puntaje total, así como un índice por separado de la función de atención y funciones ejecutivas y de memoria. También se obtiene un perfil de ejecución donde se puede observar gráficamente el desempeño en cada una de las subpruebas y así evaluar a detalle el funcionamiento cognitivo.

Los ítems utilizados en esta prueba no fueron simplemente traducidos de otras pruebas neuropsicológicas ya existentes, sino que fueron adaptados de acuerdo a su frecuencia de ocurrencia y relevancia para la población hispanohablante (Ostrosky Solís, Ardila, & Rosselli, 1999).

Perfil de Estrés

Diseñado para identificar las áreas que ayudan a la persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano, así como las que hacen que sea vulnerable a enfermedades relacionadas con el mismo. Proporciona puntuaciones en áreas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad, así como una medición de sesgos en la respuesta y una de respuestas inconsistentes. Su aplicación requiere entre 20 y 25 minutos y un nivel de lectura de secundaria. Se normativizó para población general de entre 20 y 75 años, adultos relativamente sanos que no estén bajo tratamiento médico o psicológico (Nowack, 2002).

Las áreas que evalúa son:

1. Estrés
2. Hábitos de salud
3. Ejercicio
4. Descanso/sueño
5. Alimentación/nutrición
6. Prevención
7. Conglomerado de reactivos ARC (relacionados con el consumo de Alcohol, drogas Recreativas y Cigarros)
8. Red de apoyo social
9. Conducta tipo A
10. Fuerza cognitiva
11. Estilo de afrontamiento
12. Valoración positiva
13. Valoración negativa
14. Minimización de la amenaza
15. Concentración en el problema
16. Bienestar psicológico

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

Este instrumento consiste en 4 subescalas de 7 ítems, cada una tocando un aspecto separado del concepto global de empatía.

- Toma de perspectiva: Ítems que miden intentos espontáneos de adoptar las perspectivas de otras personas y ver las cosas desde sus puntos de vista.
- Fantasía: Mide la tendencia a identificarse con personajes de películas, novelas, obras de teatro u otras situaciones ficticias.
- Conciencia empática: Pregunta acerca de los sentimientos de calidez, compasión y preocupación por otros del respondiente.
- Distrés personal: Mide los sentimientos de ansiedad y discomfort como resultado de observar una experiencia negativa de otra persona.

La prueba cuenta con excelentes propiedades psicométricas pues la estructura de los factores permanece constante en diferentes condiciones. El patrón de las

diferencias entre sexos es consistente con el patrón general dentro del área de investigación en empatía, donde las mujeres expresan reactividad emocional y toma de perspectiva superior a los hombres. Las relaciones entre escalas también apoyan hipótesis acerca del desarrollo de tendencias empáticas (Davis H., 1980).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS: ¿ENFERMEDAD Y DISCAPACIDAD O ADAPTACIÓN Y SUPERVIVENCIA?



Ilustración 8. Candelaria de los patos (Paredes González, 2018)

4.1 EVALUACIÓN DE NIVELES DE CONSUMO Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Los siete participantes que consumían sustancias inhalables al momento del estudio reportaron consumir, en promedio, 1.238 L por semana. Los que habían cesado el consumo reportaron la cantidad que recordaban consumir regularmente. Algunos aseguraron haber consumido cantidades aún más grandes en el pasado, en los peores momentos de su adicción. Alberto, por ejemplo, dice que llegó a inhalar diariamente una botella de 600ml, mientras Cristian dice que llegó a inhalar entre 1L y 1.5L en una noche.

Tabla 2. Promedio de mililitros de sustancia inhalable consumidos semanalmente por cada participante durante el último año o lo que recordaron de éste.

Participante	Promedio de consumo semanal
Alberto	5 botellas (3 L)
Pedro	7 botellas (4.2 L)
Laura	450mL
Jorge	350 ml
Maya	875 ml
Manuel	4 botes y medio (1.125 L)
Ana	2 latas* (500 ml)
Magnolia	Un bote al día (250 ml)
Federico	Cuatro botellas de aguardiente**

Cristian	Dos mamilas (400 ml)
----------	----------------------

*Ana comparte lo que compra con su marido, quien, ella reporta, consume más.

**Federico reportó su consumo de alcohol ya que él ya no consume inhalable.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Se identificaron 11 trastornos distintos en los participantes, la mayoría presentes en más de una persona; siendo la dependencia de sustancias el más común, seguido del riesgo de suicidio, episodio depresivo, agorafobia y trastornos psicóticos (Ver tablas 3 y 4).

Tabla 3. Trastornos mentales identificados por la prueba MINI y en cuántos de los participantes fue identificado cada uno.

Episodio depresivo (con subcategorías)	5 personas
Riesgo de suicidio	6 personas
Agorafobia	5 personas
Trastornos psicóticos	5 personas
Trastorno de angustia	1 persona
Trastorno de ansiedad generalizada	3 personas
Trastorno antisocial de la personalidad	2 personas
Estado de estrés postraumático	1 persona
Dependencia de sustancias (alcohol, activo, marihuana, piedra)	8 personas
Trastorno del estado de ánimo son síntomas psicóticos	1 persona
Episodio hipomaniaco pasado	1 persona

Tabla 4. Trastornos identificados por la prueba MINI por participante

Alberto	<p>Episodio Depresivo Mayor Actual. Episodio Depresivo Mayor Recidivante Riesgo de Suicidio Leve Agorafobia Actual Trastornos Psicóticos Actual</p>
Pedro	<p>Episodio Depresivo Mayor Actual Episodio Depresivo Mayor Recidivante Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos Riesgo de Suicidio Alto Trastorno de Angustia Actual y de por vida Agorafobia Trastorno de Ansiedad Generalizada Trastorno Antisocial de la Personalidad</p>
Laura	<p>Episodio Depresivo Mayor Actual Episodio Depresivo Mayor Recidivante Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos Riesgo de Suicidio Moderado Estado por Estrés Postraumático Abuso de sustancias (Activo) Trastornos Psicóticos de por vida Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos</p>
Jorge	<p>Dependencia de sustancias (activo) y marihuana</p>
Maya	<p>Episodio Depresivo Mayor (2 semanas) Episodio Depresivo Mayor Recidivante Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos Riesgo de Suicidio Moderado Agorafobia (DUDOSA) Dependencia de Sustancias (Activo)</p>

	Trastornos Psicóticos Actual Trastorno de Ansiedad Generalizada
Manuel	Riesgo de suicidio (moderado) Dependencia de sustancias Trastorno Antisocial de la Personalidad (de por vida)
Ana	Episodio Depresivo Mayor (Actual) Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólica Agorafobia (Actual) Dependencia de Alcohol Dependencia de Sustancias (Activo y Piedra) Trastornos psicóticos de por vida Trastorno de ansiedad generalizada (Actual)
Magnolia	Dependencia de sustancias (Activo y Marihuana)
Federico	Dependencia de alcohol
Cristian	Riesgo de suicidio actual (Alto) Episodio Hipomaniaco pasado Agorafobia Actual Dependencia de sustancias (Activo, Marihuana y Piedra) Trastornos Psicóticos de por vida

Pedro prefiere estar solo la mayor parte del tiempo y los lugares con muchas personas le provocan ansiedad, prefiere caminar largas distancias durante horas que utilizar el metro. Comenta que desde niño ha sido así. Su papá le decía que algo estaba extraño con él, *“me decía ‘hablas solo, te ríes solo’, pero es que a mí me gusta estar así, sin la demás gente”*. En Manuel, el trastorno de personalidad antisocial es muy notorio pues acostumbra a mentir, robar, meterse en problemas con la ley y reaccionar con violencia repentinamente. Ana, Magnolia y Maya han visto y escuchado cosas que otras personas no escuchan, pero hay que considerar que las alucinaciones visuales y/o auditivas son un efecto común del inhalable y sus recuerdos pueden ser confusos.

En las poblaciones callejeras, se encuentran sobre representadas las personas con algunos trastornos psiquiátricos. Estas condiciones pueden sumarse a otras que son estigmatizadas y así dificultar la integración psicosocial, lo que puede incrementar las posibilidades de salir a la calle y de consumir sustancias, se volverá a este punto en la Discusión.

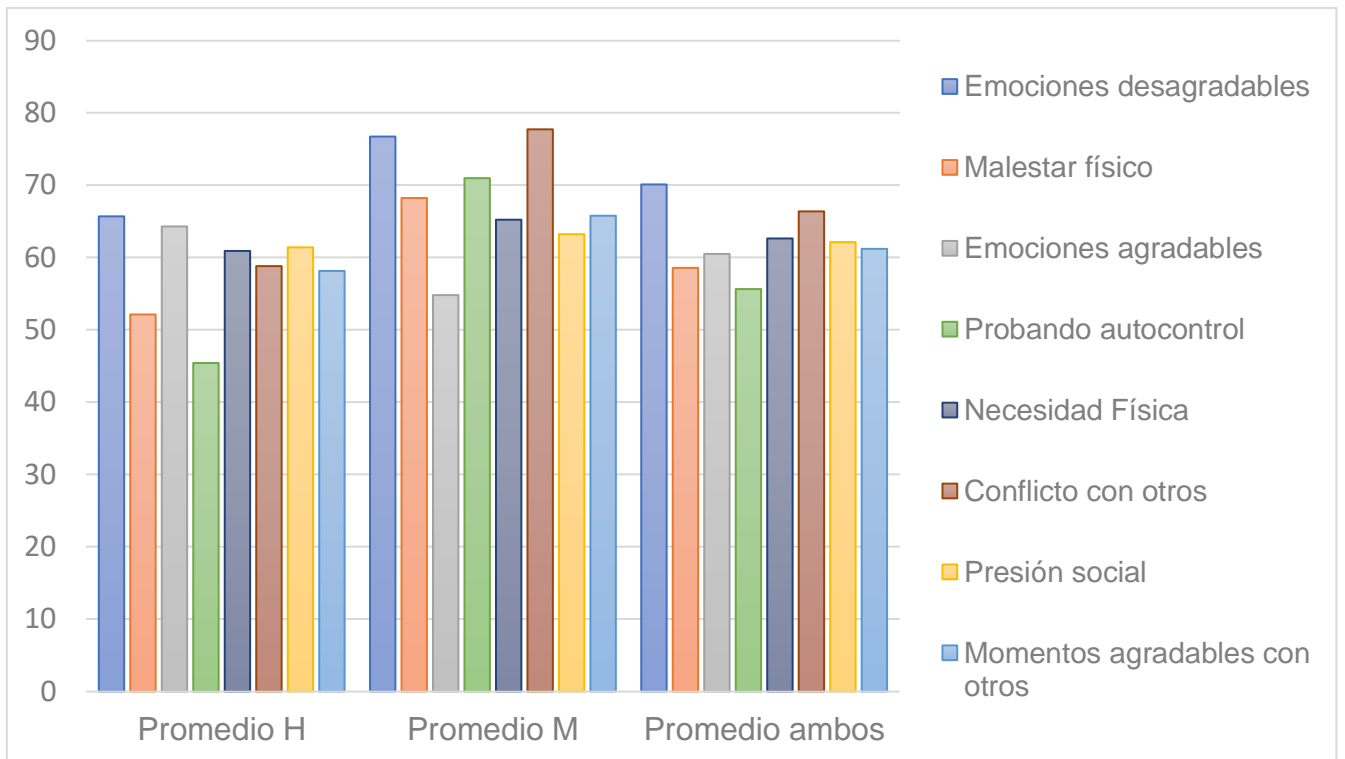
“A veces sientes que alguien te persigue... te imaginas cosas que no has visto, que no son reales, que en juicio nunca te imaginas... perros. Piensas que alguien te está viendo, puedes ver que están matando a alguien.” Las experiencias en el *alucín* pueden ser intensas, como recuerda Laura, e incluso, pueden llevar a acciones con fuertes repercusiones en el mundo real. Pedro llegó al extremo de *picar* [apuñalar] a alguien que creyó que lo estaba persiguiendo, mientras que Federico robaba sin tener cuidado de que no lo atraparan y por eso a terminó en el reclusorio.

4.2 EVALUACIÓN SOBRE SITUACIONES QUE FAVORECEN EL CONSUMO

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)

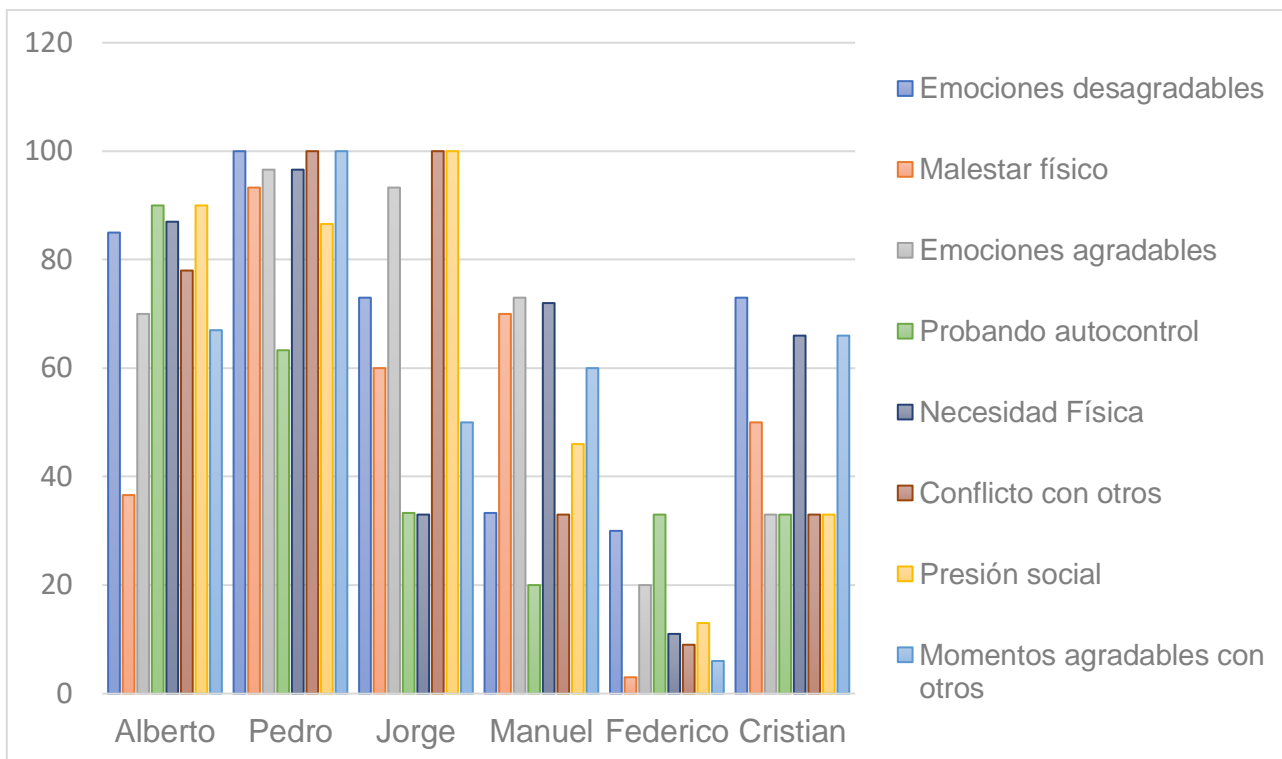
Sólo en situaciones en que los participantes experimentan *emociones desagradables* o se encuentran en *conflicto con otros* es cuando su consumo ha tendido a ser desmedido. El resto de las situaciones los colocan en riesgo alto. Sin embargo, para los hombres, únicamente las situaciones de *emociones desagradables* los colocan en alto riesgo mientras que, a las mujeres, además de ésta, también las colocan en alto riesgo el *malestar físico*, *el probar su autocontrol*, *la necesidad física*, *el conflicto con otros* y *los momentos agradables con otros*. (Ver Gráfica 1.)

- Un puntaje de 0 significa bajo riesgo
- 1 a 33 significa riesgo moderado
- 34 a 66 significa alto riesgo
- >67 significa muy alto riesgo



Gráfica 1. Resultados promedio para cada una de las dimensiones de Situaciones de Consumo obtenidos de los 10 participantes por sexo y totales.

“Cuando estás drogado lo que te preocupa en ese momento es tu alucin, tu gusto, lo que estás haciendo, no lo de los demás.” Cristian prefiere monear solo a menos que él no traiga y los demás sí. Pero dice que aún si tuviera el dinero suficiente para comprar mucho activo, preferiría apartarse para no tener que compartirlo, contradiciendo lo que ha dicho en el pasado. En la literatura de adicciones, es común que los usuarios mencionen una relación ambivalente con la sustancia pues, mientras que les brinda una sensación de placer y la oportunidad de liberar muchas de sus tensiones, viene acompañada de la resaca, la abstinencia y el estigma asociado al consumo, junto con sus repercusiones sociales.

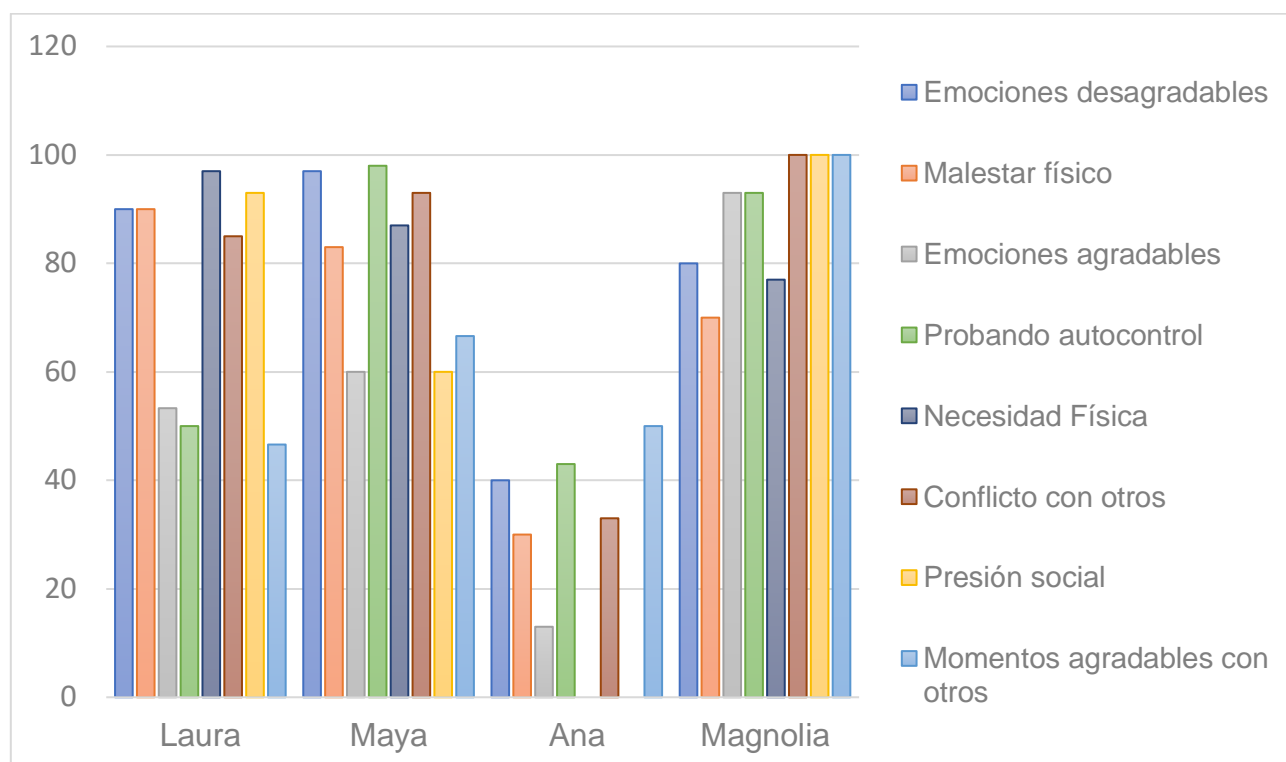


Gráfica 2. Resultados para cada una de las dimensiones de Situaciones de Consumo obtenidos de cada uno de los hombres y promedio.

Como con el resto de las drogas, la presión social es uno de los principales factores para usarlas las primeras veces. Tal ha sido el caso de todos los participantes, es decir, cuando un amigo o conocido cercano les ofrecía y a partir de ahí comenzaron a usarla por cuenta propia.

“Un día me invitaron y la verdad me gustó. Lo hacía a escondidas del Padre en Casa Alianza. Otros chavos que ya usaban me ofrecieron y ya después le hacía diario. (...) Usaba cemento y resistol 5000. Si no me lo vendían, entraba a las tiendas a robarlo. Ahora ya en cualquier lado te venden cualquier droga, hasta a los niños. (...) Al principio consumía por gusto, después por vicio... cuando me sentía solo o por olvidar... ahora sí que para escaparme de la realidad.” Federico tiene un recuento muy claro de cómo empezó su consumo y cómo ha ido cambiando tanto para él como para las generaciones sucesoras en la calle. De esta manera es posible resumir el proceso que inicia con el consumo infrecuente hacia la adicción. Las primeras veces se usa por sus efectos hedónicos y el individuo comienza a

notar que la sustancia puede ayudarle a paliar malestares físicos o incluso emocionales.



Gráfica 3. Resultados para cada una de las dimensiones de Situaciones de Consumo obtenidos de cada una de las mujeres y promedio.

“Para no sentir la soledad es que te empiezas a drogar... porque nadie te quiere hablar... no hay a quien le platiques tus cosas... quisieras platicárselas a alguien, pero por lo mismo de cómo te pones ya no hay con quién hablar (...) Por todo el vicio que uno trae pierdes muchas cosas como familia, como amigos, son muchas cosas que llega uno a perder (...) Es cuando más me drogo, para aguantar el dolor.”

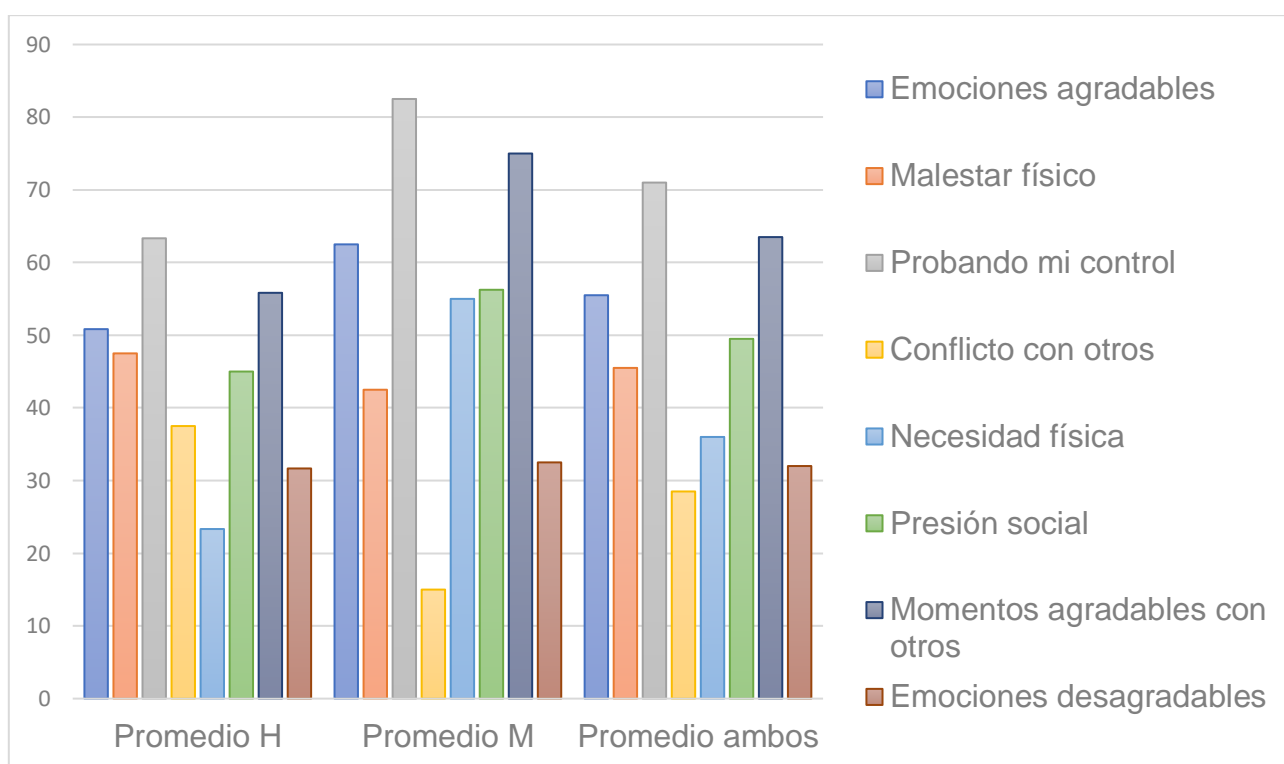
Laura identifica claramente que, en situaciones de dolor, físico o emocional, su consumo tiende a ser exagerado.

Inventario de Confianza Situacional (ICS)

En el promedio de hombres y mujeres, ninguna dimensión se encontraba en situación de extrema confianza ni en extremo riesgo de consumir en exceso (Ver Gráfica 4). Al separar los datos por sexo se puede observar que las mujeres sienten

confianza al *probar su autocontrol*, pero la pierden en las situaciones *de conflicto con otros*.

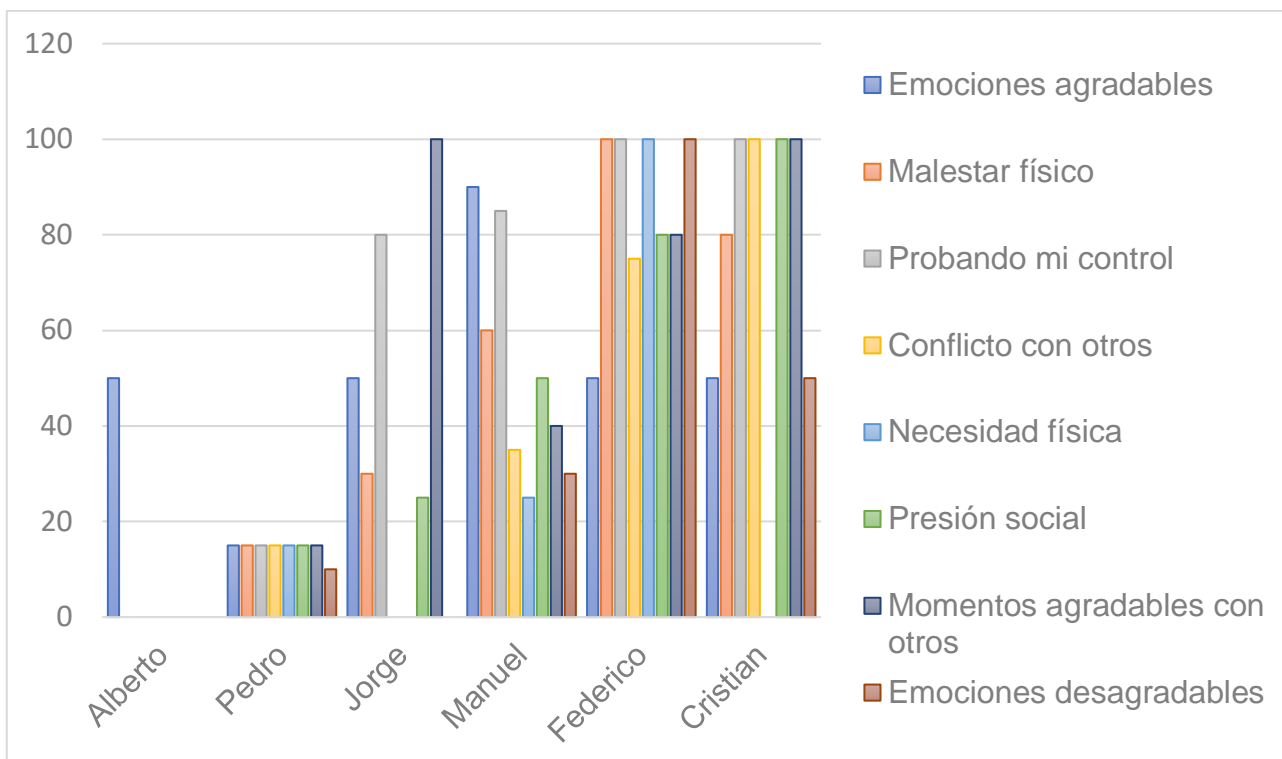
- 0 a 20% en una categoría indica que el participante no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo
- 80% o más indica que el participante tiene mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo excesivo ante esa situación y, por lo tanto, es una situación de bajo riesgo



Gráfica 4. Resultados promedio para cada una de las dimensiones de Confianza Situacional obtenidos de los 10 participantes por sexo y totales.

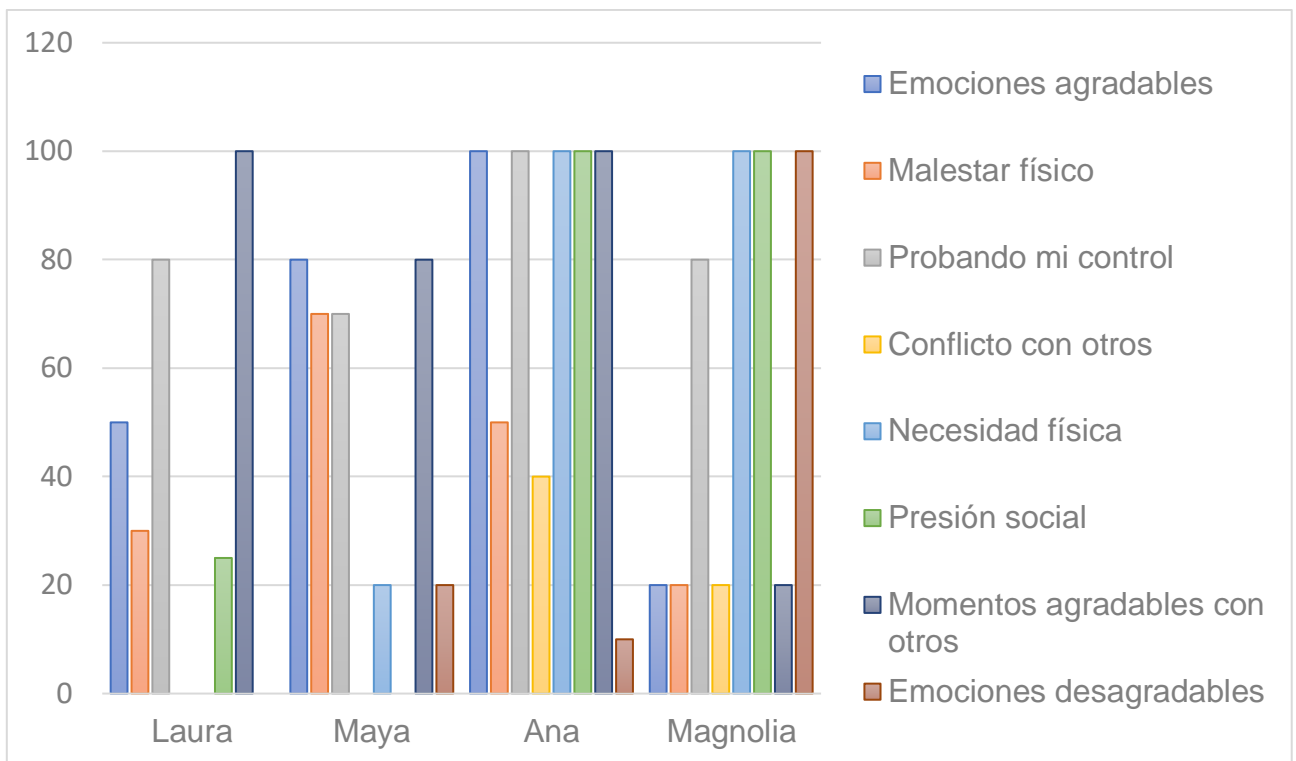
“Cuando les digo [a mi familia] que ya estoy intentado dejarla es cuando me dicen pues ya, te dicen que te vamos a anexar, es cuando más dices chale, ¿no? Te bajan el ánimo y es cuando más te drogas, sientes que no confían en ti, que puedes dejarlo por ti mismo, es cuando más te da para abajo, cuando más uno se empieza a drogar (...)” El consumo de Laura se ve afectado por las expectativas de su familia, así como por la confianza que le tienen. Al igual que otros, Laura es capaz de regular

su consumo, así sea por poco tiempo, con los incentivos correctos, pero requiere apoyo social para abandonar permanentemente su adicción, mismo que las personas en su contexto no son capaces de proveerle (Ver Gráfica 5).



Gráfica 5. Resultados para cada una de las dimensiones de Confianza Situacional obtenidos de cada uno de los hombres y promedio.

“Yo lo hago por mi gusto. Mi vicio, sí porque mi cuerpo me lo pide, en segunda lo hago porque pues yo lo quiero.” Cristian está consciente de las dos circunstancias completamente diferentes que lo pueden llevar al mismo desenlace: el consumo. Por un lado, existe el deseo de consumir, porque es divertido y le trae placer y, por el otro, la dependencia física o incluso adicción que ha desarrollado como consecuencia de su estilo de vida. Él llegó a pasar una semana sin comer cuando intentaba reducir su consumo, “el cuerpo no me permitía comer si no le proporcionaba activo.” (Ver Gráfica 6).



Gráfica 6. Resultados para cada una de las dimensiones de Confianza Situacional obtenidos de cada una de las mujeres y promedio.

“El activo te pone de malas, te pone mal, hace que te enojas con las personas, que les digas de cosas... hace que te pongas mal, de enojos”. Maya está consciente del efecto que tienen los inhalables sobre sus reacciones emocionales en distintas circunstancias, lo que la ha llevado a tener conflictos en el pasado. Pedro cuenta que se ponía nervioso, *“quería pegarle a quien se le pusiera en frente, hasta a mi hermana.”*

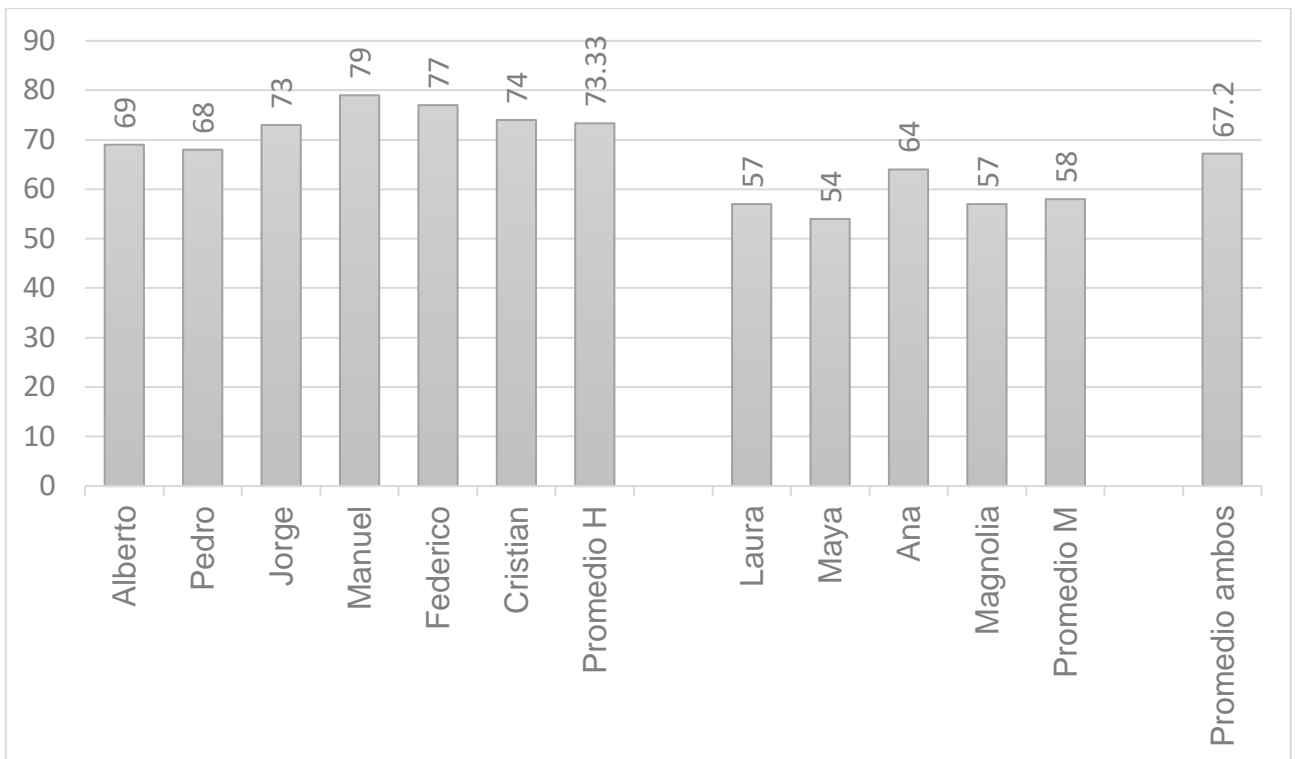
Los participantes, como otros usuarios de inhalables, parecen obviar la ambivalencia de los efectos de la sustancia, ya que estos no son los mismos en dosis bajas que en altas y tras el consumo infrecuente o crónico, ya que han mencionado que ayuda a dormir y a permanecer despierto, que provoca ansiedad, pero también las tranquiliza.

4.3 EVALUACIÓN SOBRE LA COGNICIÓN

BETA III

Los puntajes de coeficiente intelectual ubicaron a todos los hombres y a una mujer en el rango limítrofe y al resto de las mujeres en extremadamente bajo. El promedio de ambos grupos se ubicó en limítrofe. (Ver Gráfica 7)

- <60 puntos Extremadamente bajo
- De 61 a 79 Limítrofe
- 80 Promedio

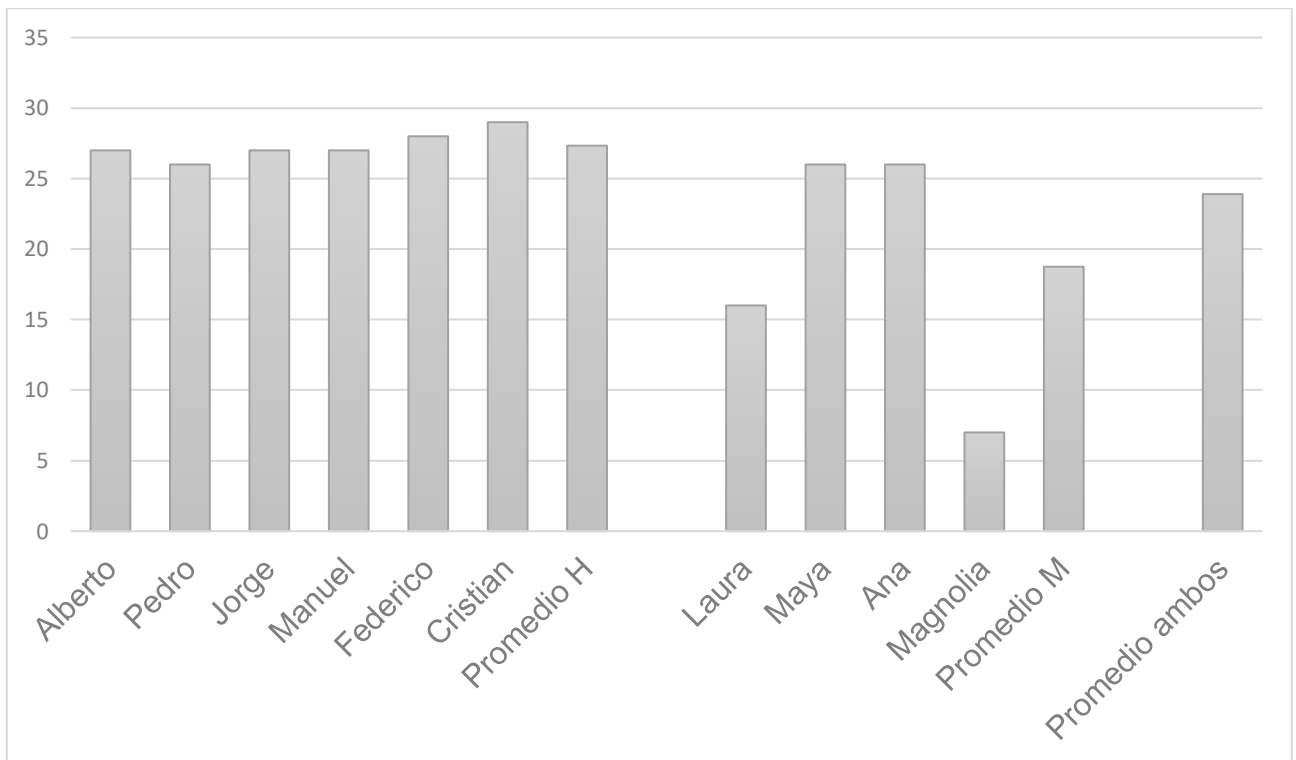


Gráfica 7. Puntajes de coeficiente intelectual normalizados individuales y promedio por sexo y totales obtenidos con la prueba Beta III y los rangos en los que se ubican.

MINI Mental

El promedio de los puntajes obtenidos en la prueba MINI Mental se ubica en deterioro leve. Todos los hombres y dos mujeres están en el rango normal, dos mujeres tienen deterioro moderado y la restante, severo (Ver Gráfica 8.)

- Entre 30 y 27 no presenta deterioro
- Entre 26 y 25 tiene deterioro leve
- Entre 24 y 10 tienen deterioro moderado
- Entre 9 y 6 denotan deterioro severo
- <6 Fase terminal



Gráfica 8. Puntajes individuales y promedio por sexo y totales obtenidos en la prueba MINI Mental y el rango de deterioro cognitivo en el que se ubican.

NEUROPSI

Cuatro de los diez participantes obtuvieron puntajes que indican *alteración severa* de funciones ejecutivas; cuatro obtuvieron puntajes que corresponden a *alteración leve* y dos de ellos obtuvieron el correspondiente a *ejecución normal* (ver Tabla 5).

- Los puntajes son normalizados según la edad del participante y los años de escolaridad.

Tabla 5. Puntajes normalizados obtenidos en la batería NEUROPSI para la evaluación de funciones ejecutivas en los 10 participantes y rango en el que se ubican.

Participante	Puntaje Atención	Puntaje Memoria	Puntaje total atención y memoria	Puntaje total atención y memoria normalizado	Rango
Alberto	71	153	224	109	Alteración severa
Pedro	75	65	140	64	Alteración severa
Laura	87	74	161	76	Alteración leve
Jorge	83	71	154	72	Alteración leve
Maya	86	72	158	74	Alteración leve
Manuel	104	68	172	78	Alteración leve
Ana	84	50	134	58	Alteración severa
Magnolia	20	25	45	54	Alteración severa
Federico	100	130	230	99	Normal
Cristian	97	81	178	85	Normal

Ana cree que el activo es la causa de su mala memoria “*porque te mata las neuronas*”. Requiere de un cuaderno para realizar entregas porque le ha ocurrido que olvida a medio camino hacia dónde se dirige. Pedro también ha hecho mal los encargos de su trabajo y los atribuye a la misma causa. Durante la aplicación, fue necesario repetir las instrucciones o los reactivos para quienes no podían leer debido a que a algunos participantes les costaba mucho trabajo concentrarse, aunque esto puede deberse a que se intentaron aplicar todas las pruebas en la menor cantidad de visitas a la UAM y a que se encontraban en abstinencia, lo cual pudo haber alterado también los resultados de otras pruebas.

4.4 EVALUACIÓN SOBRE LA AFECTIVIDAD Y EL ESTILO DE VIDA

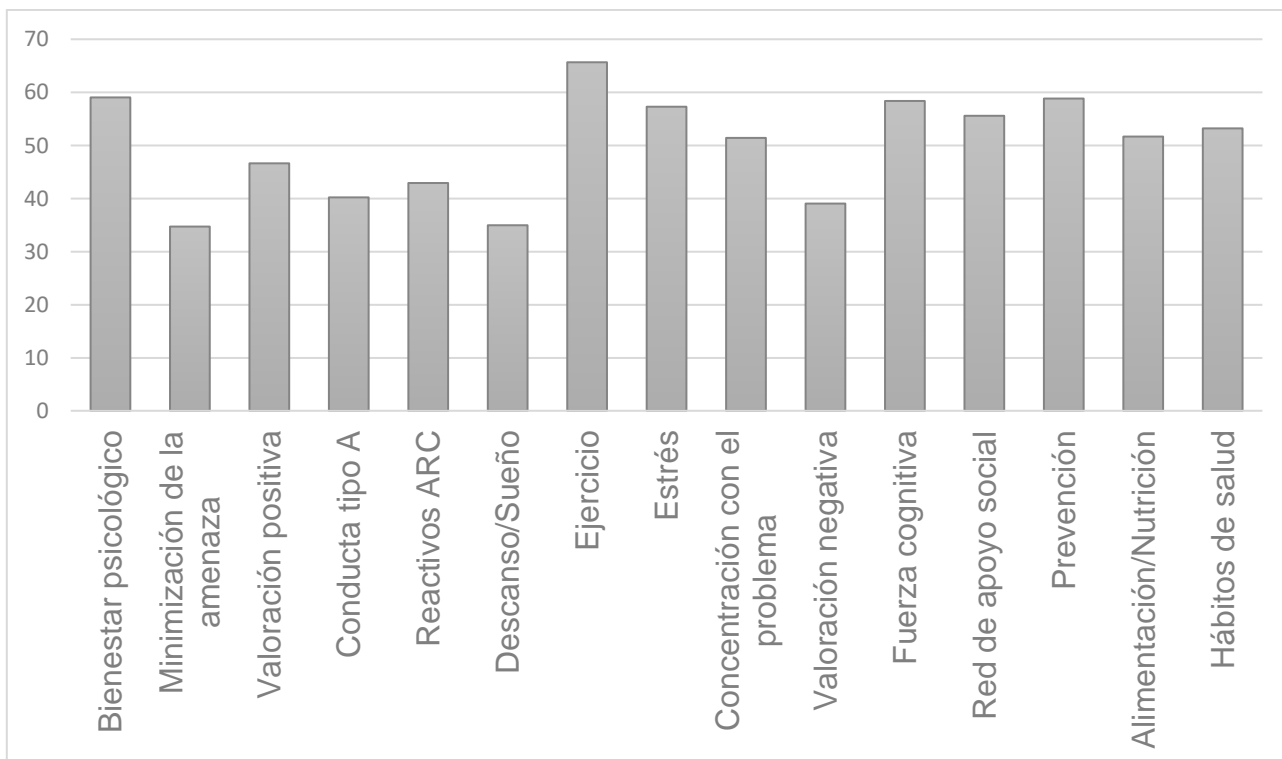
Perfil de Estrés

Los resultados promedio de los diez participantes indican que sólo las escalas de *ejercicio* y *valoración negativa* llegan a niveles óptimos y con *conducta tipo A* en el límite, mientras que *minimización de la amenaza* y *descanso/sueño* se ubican en el rango de riesgo (ver Gráficas 9 y 10) con el resto de las subescalas en niveles normales. Los resultados para cada una de las dimensiones son altamente variables entre cada uno de los participantes y por sexo (ver Gráficas 11 y 12).

Teniendo en cuenta el estilo de vida y los eventos que han atravesado, es muy sorprendente que no se encuentren en niveles riesgosos *Conducta tipo A* y el *Conglomerado de Reactivos ARC*.

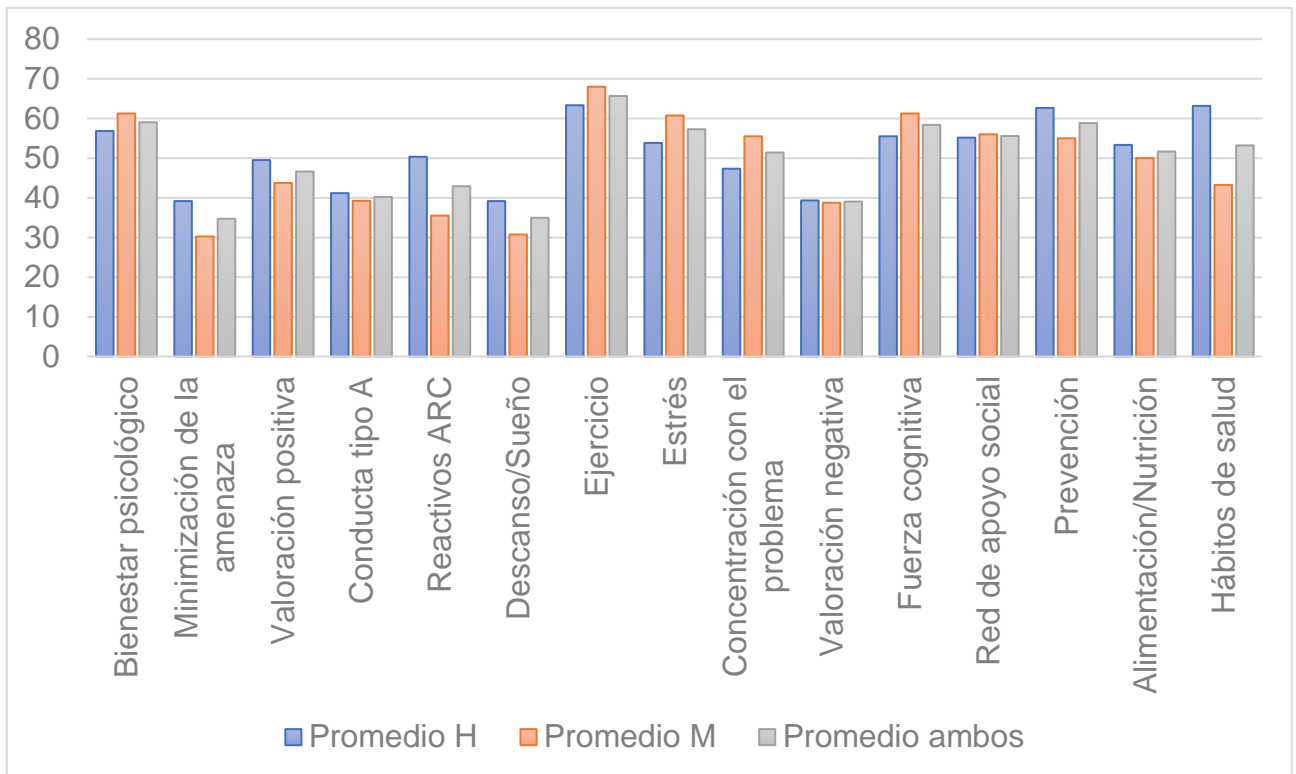
- >60 indica niveles óptimos de estrés
- Entre 40 y 79 indica niveles normales
- >40 indica nivel de riesgo

*Para las escalas de Estrés, Reactivos ARC, Conducta tipo A y Valoración negativa, las escalas se miden a la inversa.



Gráfica 9. Resultados promedio para cada una de las dimensiones de Perfil de Estrés de los 10 participantes. Los puntajes normalizados son graficados para observar su localización dentro de los tres rangos.

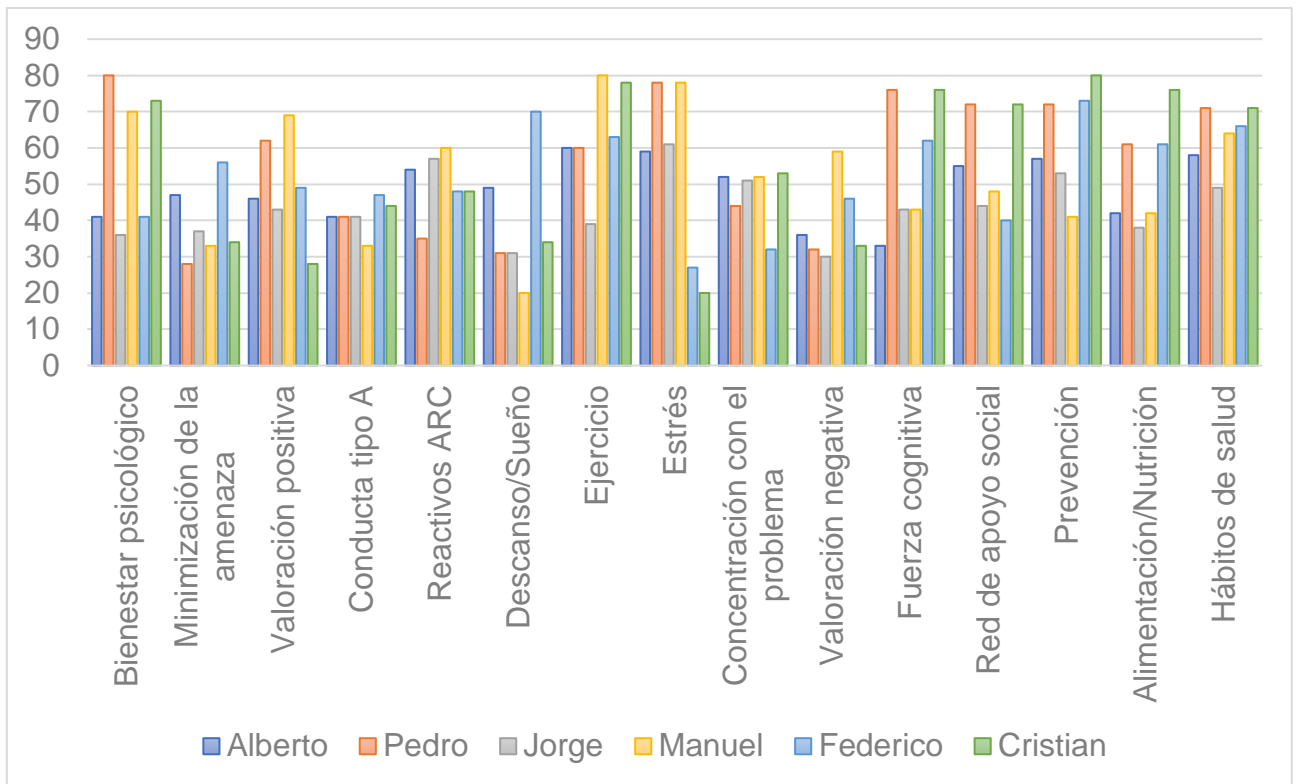
Una pobladora callejera que no participó en este estudio ha llegado al extremo de dormir en un sitio diferente cada noche, por temor a que la estén siguiendo o esperando la oportunidad adecuada para atacarla. En algunos puntos de calle, el tener un perro es una estrategia que les permite descansar mejor, ya que éste se pondrá a ladrar ante la presencia de una amenaza, advirtiendo al dueño. Laura cuenta *“No duermes en toda la noche, te la pasas inhalando con el cuidado de que no te vayan a hacer algo, o sea, sientes que te van a hacer algo y luego luego te pones a la defensiva, aunque no haiga [sic] nadie.”*



Gráfica 10. Resultados promedio por sexo y totales de cada una de las dimensiones de Perfil de Estrés y rangos en que se ubican.

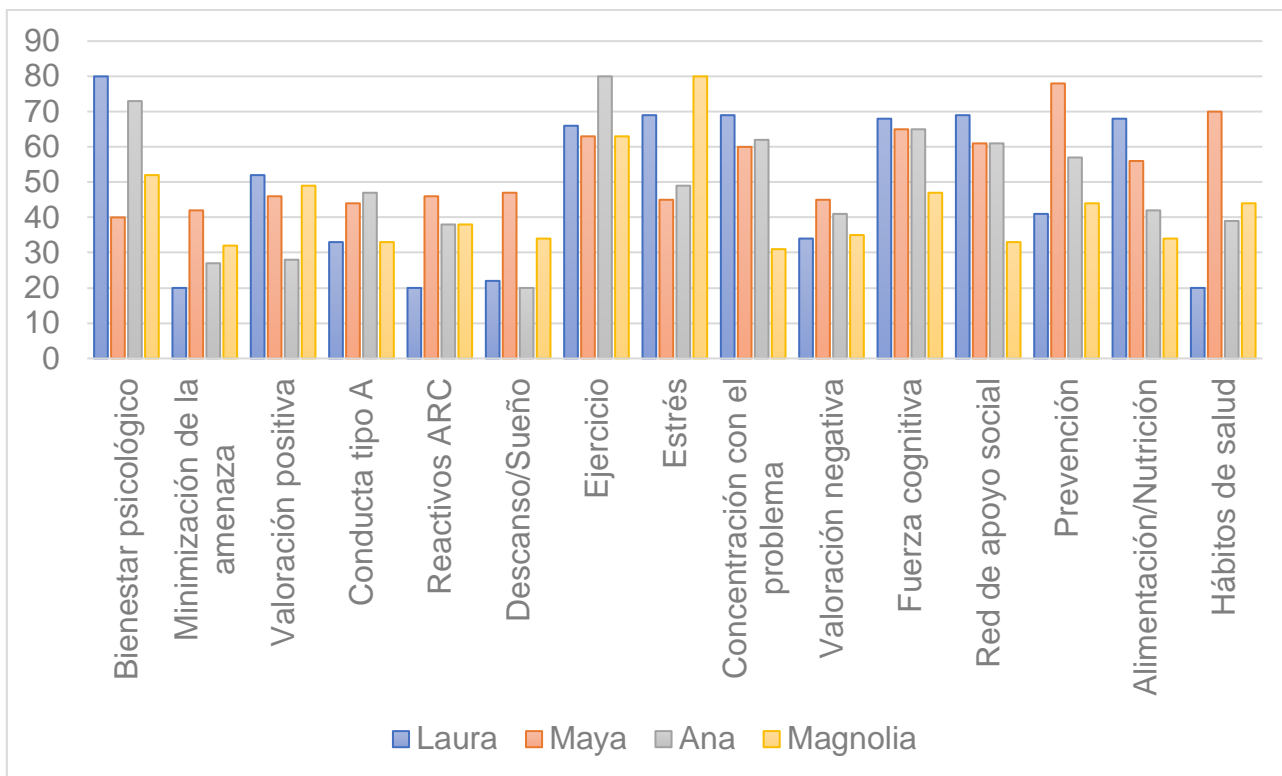
Entre los hombres, las subescalas de *prevención*, *hábitos de salud*, *valoración negativa* y *ejercicio* se encuentran en niveles óptimos, mientras que se encuentran en riesgo los mismos que el promedio de hombres y mujeres.

La *barra* es un ejercicio que comúnmente practican algunos hombres, como Manuel y Pedro, debido a su accesibilidad en los parques. Hay incluso casos de recuperación de la adicción asociados al deporte. Pedro sabe necesita medicamento, pero no se lo puede costear. Manuel y Federico son propensos a la violencia, y, mientras que el primero siempre carga con una botella de cristal por si necesita defenderse, el segundo tiene que evitar ciertos barrios o algunas interacciones para no tener que recurrir a la violencia.



Gráfica 11. Resultados promedio para cada una de las dimensiones de Perfil de Estrés obtenidos en los participantes masculinos individuales.

Entre las mujeres, las subescalas de *bienestar psicológico*, *fuerza cognitiva*, *conducta tipo A* y *conglomerado de reactivos ARC* y *ejercicio* se encuentran en niveles óptimos mientras que *estrés* se encuentra en riesgo además de los indicados en el promedio de hombres y mujeres.

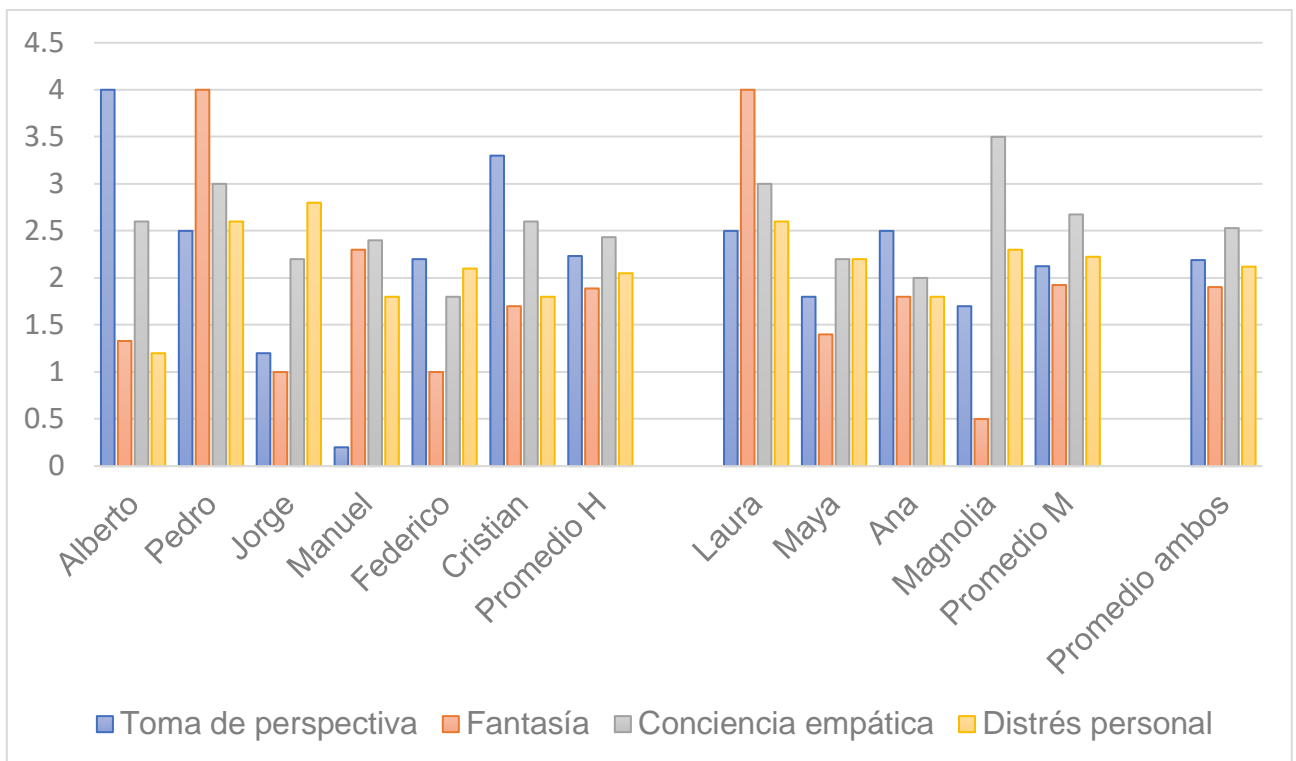


Gráfica 12. Resultados promedio para cada una de las dimensiones de Perfil de Estrés obtenidos en los participantes femeninos individuales.

Ana, entre otros participantes, está consciente del daño que le provoca a su cuerpo, pero a pesar de ello persigue sus efectos: *“Sé que se te secan las neuronas, los huesos se te debilitan, te hace daño a cualquier órgano del cuerpo (...)*” Cristian también responde *“se me iba la hebra, ya no aguanta jugando futbol como antes, se descalcifica el cuerpo y te vuelves endeble a todo.”*

Índice de Reactividad Interpersonal

Los resultados fueron altamente variables de persona a persona y de una dimensión empática a otra (Ver Gráfica 13).



Gráfica 13. Resultados individuales y promedio por sexo y totales obtenidos con el Índice de Reactividad Interpersonal en cada una de sus cuatro escalas.

“Es cuando más me da pa’bajo [cuando alguien cercano sufre]... cuando más yo me drogaba”. –Ana. La proximidad y el contagio emocional es un factor importante para el estudio de consumidores. Es común que lloren al recordar experiencias traumáticas, mismas que cuentan a desconocidos sin mayor reparo. Tanto Cristian como Alberto regalan dinero y comida a sus compañeros cuando ellos no pueden conseguir y el segundo incluso acude a talleres porque “Las doñas (talleristas) van ahí de todos modos y sería culero no ir y dejarlas ahí.”

La aparente facilidad con la que comparten información personal y en ocasiones incluso eventos traumáticos habla de una falta de espacios para hablar de sus emociones y necesidades personales, a pesar de que su estilo de vida a menudo los lleva a auto describirse como desconfiados o prevenidos.

En la calle, hablar de experiencias o emociones es frecuentemente interpretado como debilidad, por lo que la mayoría, y en especial los hombres, procuran no hablar

de ellas. Esto suele verse reflejado en actitudes infantiles o en una incapacidad para moderar o controlar las emociones, lo cual puede estar asociado al consumo.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN: LA FÓRMULA DE LA ADICCIÓN



Ilustración 9. Monumento a la Revolución (Paredes González, 2018)

5.1 PSICOMETRÍA

“5, 6, 7, 8, 10, 11 veces al día me preparo una mona.”

–Jorge, hablando de su consumo, variable y difícil de recordar con fidelidad.

La estimación del consumo semanal en la prueba LIBARE puede ser variable e inexacta debido a que el consumo de los participantes depende del acceso diario a la sustancia y de la obtención de los recursos necesarios para comprarla, asimismo, los reportes se ven

afectados según el nivel de deterioro cognitivo y memoria. Además, los participantes informan la cantidad de su consumo a partir de diferentes presentaciones que pueden ser variables, por ejemplo, una *mamila*, un bote de refresco que puede contener hasta 250 ml. Las sesiones de inhalación no siempre son regulares y los participantes no acostumbran a mantener un registro de su consumo. Dado que la venta se da en distintas presentaciones, una cantidad fija de dinero no significa una cantidad constante de sustancia. Finalmente, una parte de la sustancia se pierde puesto que ésta es volátil y otra es usualmente compartida entre los compañeros. También es importante recordar que la cantidad de tolueno en el volumen de sustancia puede ser variable según el preparado local que hayan adquirido.

“Cuando mi misma bandita me quiere matar o me quiere encerrar lo pienso [en el suicidio]. ¿Para qué sigo aquí creando problemas cuando puedo retirarme?”

Cristian, ha considerado quitarse la vida al sentirse solo, o peor aún, excluido por su propia banda.

Al analizar los resultados de la prueba MINI es importante notar que todos los trastornos encontrados han reportado tener ocurrencia simultánea con el trastorno por uso de sustancias (TUS), lo que es conocido como Patología Dual (Marín Navarrete, Szerman, & Ruiz, 2017). Éste fue el caso para el 80% de los participantes. Ha sido reportado que padecer un trastorno psiquiátrico asociado a la patología dual, significa un riesgo hasta cinco veces más elevado de desarrollar TUS (Marín Navarrete,

Szerman, & Ruiz, 2017). También se ha relacionado con un riesgo incrementado para intentos de suicidio, conducta sexual riesgosa, un desapego a tratamientos y mayores necesidades dentro del mismo. También existe evidencia de que entre

“Cuando te sientes triste, cuando tienes un problema que quieres resolverlo, que no encuentras la salida más que en esa de estarte drogando... quieres olvidar tus cosas y las olvidas por un rato, pero después se te vienen otra vez... queriendo resolver el problema, pero no lo resuelves, al contrario, se te viene más o lo complicas más por la droga que tienes. (...) La droga te angustia más, te pone a la defensiva, sientes que alguien te está viendo feo, que te van a pegar.”

-Relata Laura con una claridad que hace dudar si es un proceso automático o compulsivo lo que la motiva al consumo.

quienes son incapaces de abandonar su adicción después de los 30 años, se encuentran sobre representados quienes padecen un trastorno psiquiátrico y que estos son más comunes en los niveles socioeconómicos más bajos (Pickard, 2017; Wilkinson & Pickett, 2017). Esta combinación crea un círculo vicioso de mala salud y privación económica, donde la persona adicta mengua los síntomas de su trastorno y del dolor asociado a su estilo de vida a través de la intoxicación, pero a la vez, la adicción va haciendo cada vez más graves los síntomas (Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, Domínguez, & Cruz, 2014) al mismo tiempo que empobrece las relaciones sociales de la persona.

Muchas formas de tratamiento para las adicciones incluyen alguna forma de evitar los estímulos condicionados asociados al consumo para así evitar las sensaciones del craving (Echeverría, Ruiz, Salazar, & Tiburcio, 2004). Sin embargo, si la persona carece de los medios necesarios para apartarse de un entorno minado con situaciones que la conducen al deseo, donde su autocontrol está comprometido por estresores

y no tiene reforzadores que compitan con la recompensa de la droga, como en el caso de nuestros participantes, el camino a la adicción se encuentra despejado (Levy, 2013). Como se verá un poco más adelante, la baja movilidad social, empleos mal pagados y otras situaciones típicas, ya no sólo de la vida en calle sino de México, hacen prácticamente imposible que la persona pueda evitar exitosamente el contexto o las personas con las que ha consumido, en ocasiones, durante toda su vida. Además, esto significaría eliminar las de por sí frágiles relaciones sociales

ha desarrollado en la calle, mismas que, irónicamente, le permiten sobrevivir a su dislocación.

Como con el resto de las pruebas, tal vez sea necesaria una adaptación más exhaustiva para obtener versiones de LIBARE, ISCA e ICS específicas para inhaladores.

Se ha remarcado el papel de la escolaridad como una variable estrechamente relacionada con el factor cultural. La cultura señala lo que es importante para la sobrevivencia y la educación puede ser considerada como un tipo de subcultura que facilita el desarrollo de ciertas habilidades. Diversas investigaciones han mostrado que los factores socioculturales son variables importantes en la ejecución de pruebas neuropsicológicas (Ostrosky-Solís, Lozano Gutiérrez, & Gómez Pérez, 2010; Ostrosky-Solís & Lozano Gutiérrez, 2012). Sin embargo, es común que las pruebas se apliquen a poblaciones para las que no están normalizadas, alterando los resultados y lo que podría explicar parcialmente sus puntajes tan bajos. La escolaridad variable de las poblaciones callejeras, sus edades, lugares de origen y padecimientos mentales vuelven dudosos sus resultados. Éstas deberían ser adaptadas según sus capacidades y necesidades, incluyendo discapacidades e ítems culturalmente relevantes, ya que algunas pruebas incluyen reactivos acerca del trabajo, la familia o alguna otra área típicamente ausente en la vida del poblador callejero. No obstante, a pesar de que se ha dicho que estos grupos se mantienen en la periferia de la cultura *mainstream* y no tienen acceso regular a algunos medios de comunicación masiva, la mayoría se mantiene al tanto de los sucesos que ocurren a través del periódico o de la conversación diaria. La falta de escolaridad no es sinónimo de falta de estimulación; la calle dista mucho de ser un entorno empobrecido ya que la persona realiza un gran número de actividades para las que deben desarrollar diferentes tipos de aprendizaje. Si las evaluaciones estuvieran basadas en estos conocimientos y habilidades, relevantes para la supervivencia en la calle, las personas con mayor escolaridad o que simplemente no se han visto sometidas a esta clase de presiones podrían estar en desventaja (Morais & Kolinsky, 2000). Los participantes se dedican o se han dedicado en el pasado a muy diversas actividades económicas que requieren algunas habilidades medidas por la

prueba. Principalmente para la venta de distintos productos se requieren habilidades básicas de clasificación y conteo.

Otras actividades que los participantes desempeñan en su vida cotidiana requieren de habilidades motrices bien desarrolladas, como cruzar las calles y avenidas sin esperar la luz del semáforo, vender dulces o cantar en el transporte público, lo que requiere frecuentemente saltar a y desde vehículos en movimiento. *Federico*, por ejemplo, se dedica a tejer pulseras, cinturones y correas para guitarra con hilos de estambre, mismas que personaliza con el nombre que el comprador desee. Aprendió esto dentro del reclusorio. Esto demuestra que a pesar de haber consumido inhalables en su juventud, conserva la destreza manual y la memoria de trabajo necesarias para obtener el resultado de la Ilustración 10.



Ilustración 10. Pulsera hecha por Federico

A diferencia de lo que la prueba Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) indica en su manual, estas personas no requieren de un cuidador a pesar de sus bajos puntajes, ni han tenido uno desde su infancia o nunca, y la mayoría son capaces de responsabilizarse de sus necesidades diarias. Los participantes suelen gozar de una memoria espacial impecable y se ha observado en campo que son capaces de ubicarse rápidamente en barrios que no han visitado previamente y siempre pueden apuntar con facilidad la dirección en la que se encuentran diversos

puntos de interés. En cierta ocasión, un poblador callejero no participante en este estudio, tomó una hoja de papel en la que se le había pedido que dibujara e hizo una flor de papiroflexia mientras estaba notablemente intoxicado. El consumo parece ser algo tan común para algunas personas, que se vuelven capaces de realizar sus actividades cotidianas aun estando bajo los efectos de la sustancia.

La calle frecuentemente carece de los medios necesarios para mantener un estado de salud óptimo. Las personas que pasan el día en ella no tienen acceso a comida con buen valor nutricional, o los recursos para costearla sumado a la ignorancia o a la preferencia por comida de mejor sabor. Muchas personas tampoco tienen garantizado un lugar dónde dormir, por lo que es común que sus ganancias diarias sean destinadas para rentar un cuarto. Cuando esto no es posible, o no es deseado, duermen en el espacio público, a menudo en plazas o parques, a la merced del estado del tiempo y la temperatura, así como de otras amenazas. Los niveles altos de estrés y sus efectos se han correlacionado con el TUS (Sapolsky, 2003). Reacciones al trauma y a los efectos cognitivos del estrés son tendencias que acompañan al individualismo y un foco atencional angosto, lo que podría empeorar sus resultados en las pruebas (Santos, Varnum, & Grossmann, 2017).

También, debido a que se ven obligados a laborar una buena parte del día y otra se gasta en consumir drogas, resta poco tiempo y energía para realizar ejercicio o alguna otra actividad cuyo fin sea mejorar la salud. Muchos siguen conductas supersticiosas para cuidar de su salud, como beber mucho refresco al otro día de haber inhalado o exponerse a la luz solar para aliviar un poco del daño provocado por la intoxicación o los síntomas de la misma.

Un pobre control emocional, psicopatología y una dificultad al relacionarse con otros también se han señalado como factores de riesgo para el desarrollo de TUS (Baler & Volkow, 2011). El impedimento que presentan algunas regiones frontales depende fuertemente del estado de ánimo y del contexto. Emociones negativas y eventos estresantes pueden afectar negativamente la ejecución de distintas tareas (Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016).

Laura fue violada por un vecino hace algunos años. La policía no le creyó y ella aún ve a su agresor con frecuencia.

“La patrulla no lo quiso levantar que porque decían que yo era la que me le había insinuado, que yo lo había provocado, porque yo le enseñaba las piernas, que, porque me alzaba yo la blusa, porque estaba yo drogada y no iban a hacer nada para que se lo llevaran.”

Ella aún se ven obligada a cohabitar e incluso a continuar interactuando con su agresor.

5.2 LAS MUJERES Y LA CALLE

Es notorio que, a pesar del reducido número de participantes mujeres, sus resultados en las pruebas son significativamente peores que los de los otros participantes. Como se explicó en la introducción, las mujeres componen un porcentaje minoritario de la población callejera. Esto suele deberse a redes sociales más sólidas, por lo que es más común que alguna familia, la propia u otra, las acoja. También es más común que hagan uso de servicios como albergues, pero, en general, hay razones de peso por las que para las mujeres es más urgente abandonar la calle. La mayoría de ellas han practicado el trabajo sexual, al menos durante un periodo de tiempo, de manera forzada o no. Todas las participantes han sufrido violencia sexual por parte de distintos

agresores, como otros pobladores callejeros o la policía y física por parte de alguna de sus parejas; tres de ellas fueron empujadas al tráfico, lo que provocó que las atropellaran. Maya, como otras mujeres en calle, cambia constantemente de pareja para que la protejan, pero de manera irónica, es común que ese mismo defensor las termine violentando.

Por esta razón, al no poder transitar de manera tan segura como los varones, insegura de por sí, las opciones laborales suelen limitarse al trabajo sexual. Éste, afortunadamente suele incluir la participación en una red de trabajadoras y un lugar dónde hospedarse, lo que puede solventar algunos problemas. Sin embargo, esto no las exenta de ser un grupo vulnerable para la tasa alarmante de feminicidios en Ciudad de México y sus cercanías, el contagio de enfermedades venéreas y otros riesgos propios de este trabajo, como el tráfico de personas. También es importante notar que tanto el consumo como los índices de adicción en mujeres han escalado

ininterrumpidamente hasta casi igualar el de los hombres en algunas instancias (Villatoro Velázquez & otros, 2017).

El uso de la sexualidad como estrategia para conseguir favores o escalar dentro de la jerarquía del grupo ha sido descrito en la literatura (Gigengack, 2014), igual que el rol alternativo que algunas mujeres toman en el tráfico de sustancias (Paredes González, 2018), pero algunos de sus fenómenos particulares como la menstruación, la maternidad y la menopausia permanecen ignorados, tanto por la academia como por los servicios de salud.

Los eventos traumáticos, el estrés, la cultura patriarcal y las propias diferencias biológicas ejercen distintas presiones para cada sexo (Becker, McClellan, & Glover Reed, 2017). Es imprescindible tener esto en cuenta al progresar a las próximas secciones para hablar de los efectos diferenciales sobre la salud y la adicción, así como para la interpretación de los resultados de las pruebas.

5.3 LA ADICCIÓN COMO ENFERMEDAD DE LA MODERNIDAD

La adicción no es un problema aislado, sino parte de una red más grande de problemas (Alexander, 2010). La estructura básica de la sociedad moderna inclina el terreno a favor de la adicción al asegurarse de que grandes números de personas experimenten factores de riesgo como consecuencia de condiciones sociales y económicas más allá de su control (Alexander, 2017). El mercado moderno requiere que los individuos se desempeñen competitiva y eficientemente irrestrictos por lazos sentimentales, valores religiosos o emociones. Se espera que haya crecimiento económico y se generen trabajos a cualquier costo, aún al de sacrificar la integración psicosocial (Alexander, 2017). En este proceso, familias nucleares han sido desintegradas, familias extendidas dispersadas, religiones tradicionales olvidadas o transformadas en parodias, grupos étnicos y culturales han perdido cohesión y tradiciones antiguas han sido abandonadas; el libre mercado rompe los lazos que proveen a las personas de pertenencia, significado, propósito e identidad (Alexander, 2012). La fragmentación de la sociedad, que comenzó con la modernidad se acelera desmedidamente con el capitalismo de libre mercado, el neoliberalismo, la cultura corporativa, la devastación ecológica, el supuesto

desarrollo impuesto en países tercermundistas y las repetidas crisis financieras (Alexander, 2014).

El proyecto neoliberal apunta a crear un mundo de competencia constante que ha resultado en un todos contra todos que ha provocado sufrimiento social como puede constatarse por los crecientes índices de violencia, delincuencia, crimen y uso de drogas (Charlesworth, Gilfillan, & Wilkinson, 2019). En esta clase de sociedad, la salud del individuo también es percibida como una responsabilidad personal, pero no por eso deja de ser, en un país como México, dictaminada por el poder adquisitivo de la persona, limitado a su vez por las dinámicas del mercado. No obstante, la cultura neoliberal ha crecido rápidamente hasta llegar a ser, no sólo una ideología o política económica, sino la razón de ser del capitalismo, manifiesta como una nueva forma de imperialismo (D'Ávila Viana & Pacifico da Silva, 2018).

Las críticas hacia los efectos nocivos de la modernidad se remontan a un par de siglos atrás y, aun actualmente, incluyen alguna forma de los mismos argumentos acerca de una vida más feliz, con menos problemas, apoyo en el mundo religioso, pre-tecnológico y pre-industrial, comunitario y en armonía con la naturaleza en oposición a la modernidad y la infelicidad que provocan el capitalismo, la secularización, la urbanización, la burocratización y la industrialización. También es común el sentimiento de estar al borde de una crisis superior en magnitud a cualquiera del pasado (Schaffner, 2014). Mostrar la adicción como una enfermedad moderna no significa querer regresar a las sociedades premodernas o suponer que éstas no tenían problemas. Sin embargo, aún con ellos, las sociedades tribales logran integrar a sus miembros de una manera inmensamente superior que las sociedades autoproclamadas civilizadas que las colonizaron y esclavizaron; esto es evidente en sus extraordinariamente bajos índices de adicción (Alexander, 2012). A pesar sus logros y la riqueza que han generado, particularmente en Occidente, las sociedades de la modernidad tardía deben hacerse cargo de sus efectos colaterales para evitar el colapso, lo que se vuelve evidente al notar que el bienestar de las personas parece ir en declive a pesar de los beneficios psicosociales de mayor tolerancia, diversidad, pluralismo y mayor equidad de género, racial, religiosa y

étnica (Eckersley, 2005), por no mencionar los avances médicos y tecnológicos que permiten llevar vidas más largas, sanas y cómodas.

La Teoría de la Dislocación no pretende explicar el uso de drogas, el cual, en su mayoría, no conduce a la adicción. Tampoco pretende explicar cada caso individual de adicción, sino el incremento de estos durante los últimos siglos. No niega que factores de riesgo individuales existan y tengan una influencia (Alexander, 2012), por el contrario, explica cómo la modernidad ha incrementado la posibilidad de que las personas se encuentren con estos factores de riesgo. También ha inclinado el terreno de manera que las personas que se han vuelto adictas no sean capaces de encontrar estilos de vida alternativos satisfactorios (Alexander 2017). El alejamiento de un estilo de vida de cazadores-recolectores, que nuestra especie llevó durante miles de años, permite apreciar la influencia de la modernidad, evidente en una alta prevalencia de depresión y estrés asociados con algunos de sus rasgos fundamentales: malas dietas, falta de actividad física, falta de exposición a luz natural, pobres hábitos de sueño y, más alarmante, un entorno social tóxico caracterizado por la competencia, inequidad y el aislamiento social. La vida moderna es una desviación grotesca del estilo de vida llevado por nuestros antepasados, con gran cohesión social y prácticamente nada de tiempo en solitario (Hidaka, 2011). El hombre moderno sería más resiliente si estuviera en forma, bien descansado, libre de estrés financiero, rodeado por su familia y amigos y encontrara orgullo en el trabajo dignificado. La cultura de occidente moderno es fraudulenta en su promoción de imágenes culturales e ideales que van en desacuerdo con las necesidades humanas y realidades sociales (Eckersley, 2005). Ha sido reportado que perder la fe en el futuro como un lugar mejor que el presente puede llevar a una muerte temprana (Leach, 2018). “La oscura base material de la cultura callejera, que condena a sus protagonistas a vidas de pobreza, inestabilidad económica y altos niveles de violencia institucional y personal, hace recrudecer significativamente la incertidumbre.” (Bourgois, 1995, pp 283)

Hari (2018) ha analizado la depresión como una consecuencia del estilo de vida moderno. Esto se debe a una desconexión con:

- Un sentido de realizar un trabajo significativo
- Con personas importantes
- Con nuestros valores personales
- Trauma reprimido o con el que no se ha lidiado
- Estatus y respeto
- Con el mundo natural
- Con un futuro seguro y esperanzador

La cultura impacta sobre la salud en distintos niveles, en la forma de inequidad, factores socioeconómicos o estatus, el materialismo y el individualismo pueden acentuar costos y debilitar lazos sociales e identidad de grupo (Eckersley, 2005). El entorno social moderno industrializado se ha vuelto competitivo, amenazador y aislante. La inequidad, el bajo apoyo social y la competencia individual deja a la sociedad más vulnerable a la depresión. Los valores capitalistas han contribuido a un declive en el bienestar y a un incremento en la psicopatología en Occidente, esto atribuido a un cambio de metas intrínsecas como crecimiento personal, relaciones cercanas, auto entendimiento y contribuir a una comunidad por metas extrínsecas como dinero, apariencia y estatus (Hidaka, 2011). El materialismo, la cultura de perseguir posesiones y dinero, un estilo de vida basado en el consumo de bienes y

“Antes traía yo 3, 4 mil pesos, tenía el dinero, por eso tenía a las mujeres. Tienes lo que vales, no tienes nada, no vales nada.”

Alberto ha internalizado que las personas sólo tienen valor según lo que poseen en un sistema mercantil donde el consumo es la máxima aspiración.

servicios crece y explota una búsqueda incansable de un significado para la vida, mismo que propone satisfacer con su propio remedio: más consumo. Esto lleva a disatisfacción, depresión, ansiedad, ira, aislamiento y alienación. Aquellos con metas extrínsecas tienen un bienestar general inferior al de las personas con metas intrínsecas (Eckersley, 2005).

El individualismo, al centro de este marco, celebra la libertad personal obtenida cuando se pierde la cohesión social, pero con ella se

incrementan sentimientos de riesgo, incertidumbre e inseguridad y es finalmente reemplazada con la creencia de que el éxito yace en el individuo, sin importar realidades sociales de desventaja o privilegio, es decir, una meritocracia ilusoria (Eckersley, 2005). Se promueve una visión auto centrada, autónoma y separada de otros, se prioriza la independencia y ser único. Por el otro lado, el colectivismo tiene una visión de la persona como traslapada sobre otros seres, con sus pensamientos, sentimientos y conductas dentro de contextos sociales, enfatiza valores familiares o grupales y encajar dentro del grupo. Estas diferencias se expresan en la forma de valores y normas, prácticas de socialización y productos culturales (Santos, Varnum, & Grossmann, 2017). Análisis longitudinales y transculturales parecen mostrar que la tendencia hacia el incremento del individualismo es global y su predictor clave es el desarrollo socioeconómico (Santos, Varnum, & Grossmann, 2017).

La ideología del libre mercado indica que el camino hacia el éxito y la felicidad es la competencia y, por lo tanto, la gratificación individual debe ser la única motivación humana (Alexander, 2010) y en el capitalismo extremo, los individuos sólo necesitan su autonomía y los productos del mercado; éste crea necesidades y luego ofrece soluciones parciales para la miseria que provoca.

Como dice Lipovetsky (1983), la modernidad requiere vivir en el presente y sólo en el presente, no en función del pasado ni del futuro, y es, por lo tanto, una pérdida de sentido de la continuidad histórica, una erosión del sentimiento de pertenencia. El individuo se reconoce como libre y ya no está obligado a venerar a los antepasados que limitan su derecho absoluto de ser él mismo. El culto a la innovación y a lo actual es el producto inequívoco de esa descalificación individualista del pasado. La libertad ya no es una adaptación o variación de la tradición, sino que exige la ruptura y la revuelta, la destrucción de las leyes y significaciones heredadas, una creación soberana, una invención sin modelo. “Hoy vivimos para nosotros mismos, sin preocuparnos por nuestras tradiciones y nuestra posteridad: el sentido histórico ha sido olvidado de la misma manera que los valores y las instituciones sociales” (Lipovetsky, 1983).

La negación de la tradición, en el culto a la novedad y al cambio tienen por centro el yo. De modo que se ha establecido una cultura bajo los efectos del consumo de masa, centrado en la realización personal, la espontaneidad y el placer: el hedonismo se convierte en el principio axial de la cultura moderna, a la vez que se valoran únicamente la racionalidad funcional, la eficacia, la meritocracia, la utilidad y la productividad. “La personalidad ya no debe ser de tipo gregario o mimético, debe profundizar su diferencia, su singularidad: el narcisismo representa esa liberación de la influencia del otro, esa ruptura con el orden de la estandarización” (Lipovetsky, 1983) y cuando las referencias exteriores caen, el narcisismo, definido por su desunificación, ya no encuentra obstáculos y puede realizarse en toda su radicalidad. “La era del consumo arrancó al individuo de su tierra natal y más aún, de la estabilidad de la vida cotidiana, del estatismo inmemorial de las relaciones con los objetos, los otros, el cuerpo y uno mismo” (Lipovetsky, 1983).

La fragmentación de la sociedad moderna da una explicación más completa a muchos problemas de salud ubicando su origen en la distorsión de las relaciones sociales en lugar de en las diferencias individuales como la susceptibilidad genética u otros factores de riesgo individuales (Alexander, 2017). Estados Unidos, el modelo preferido del capitalismo, tiene las prevalencias más altas entre los países desarrollados de dislocación en una serie de medidas (divorcios, hogares monoparentales, niños en pobreza, disparidad económica y horas de ver televisión) y parece ser la dirección en la que van los países que replican su sistema económico y de valores (Alexander, 2000; 2001). Existe la evidencia de que la integración social puede amortiguar algunos de los efectos de un estilo de vida poco saludable, pero cuando ésta comienza a desaparecer al adoptar los valores capitalistas de la cultura norteamericana, la esperanza de vida disminuye y distintas afectaciones a la salud comienzan a hacerse presentes (Wolf, y otros, 1989). Algunos estudios también han asociado el adoptar un estilo de vida materialista con una mayor prevalencia de TUS, que se acentúa según los años de permanencia, la edad de llegada, las relaciones sociales y el proceso de aculturación al estilo de vida estadounidense (Borges, y otros, 2016). La prevalencia de depresión es más alta entre la gente que vive en entornos urbanos que el rurales, mexicanos que han adoptado un estilo de

vida americano o en habitantes de áreas que han atravesado rápidos cambios culturales, mientras que es más baja en hogares más tradicionales y religiosos con unidad y conexión social (Hidaka, 2011).

El individuo que se mira a sí mismo y se considera aparte rompe la cadena de las generaciones deseoso de autonomía; el pasado y la tradición pierden su prestigio (Lipovetsky, 1983). Al mismo tiempo, se le ofrecen constantemente nuevas maneras de aislarse: la televisión, el internet, el trabajo, las drogas. La era del consumo se inscribe en la emancipación del individuo y le permite una radicalización del abandono de la esfera pública, raíz de los problemas psicosociales a la vez que facilita una adaptación funcional del aislamiento social: la sociedad del bienestar ha generado una atomización o una desocialización radical. “La realización definitiva del individuo coincide con su dessubstancialización, con la emergencia de individuos aislados y vacilantes, vacíos y reciclables” (Lipovetsky, 1983).

Aunque un individuo pueda dislocarse en cualquier sociedad, las sociedades de libre mercado los dislocan inevitablemente, ya que, a la vez que lo exponen a factores de riesgo, eliminan los factores que lo protegen. Esto se hace para mantenerlos en el estado de consumismo que permite la persecución individual y corporativa de riqueza (Alexander, 2000). Estos valores dominan cada aspecto de la vida humana cuya única función es ayudar a crecer y mantener al mercado (Alexander, 2012). Este estilo de vida es mantenido a través del adoctrinamiento de los medios de publicidad. Las adicciones que favorecen al crecimiento económico y las ganancias corporativas son alentadas por la cultura *mainstream*, como la adicción al dinero, al trabajo, a consumir, al estatus social, al poder, culto a las celebridades, etc., mismas que han sido ignoradas por la Visión Oficial a pesar de que ésta se ha ido ampliando para incluir algunas adicciones conductuales recientemente (Alexander, 2017).

La Teoría de la Dislocación no hace menos los esfuerzos de quienes intentan combatir la adicción, pero sí explica por qué sus esfuerzos son fútiles y hacia dónde deberían estar enfocados (Alexander, 2010). Dentro de la profesión médica, profesionales y sus colaboradores tienen intereses financieros en mantener un

modelo biomédico de la salud-enfermedad. Así, el deseo por ver la salud como una responsabilidad personal encaja con la agenda neoliberal, que busca minimizar el rol del estado en la salud y en la medicina social (Haslam, y otros, 2017; D'Ávila Viana & Pacifico da Silva, 2018). Adoptar el modelo adaptativo significaría abandonar su monopolio sobre el tratamiento y la habilidad injustificada de poder curar una condición que no es una enfermedad. Para los científicos significaría abandonar la visión simplista de su entendimiento de la adicción y aceptar la evaluación de marcos menos positivistas. Para la sociedad, sería abandonar la comodidad de creer que nuestras estructuras sociales no necesitan grandes cambios que prevengan que un gran número de personas esté condenado al fracaso (Alexander, 1987). La evidencia de que distintos determinantes sociales tienen importantes efectos sobre la salud es innegable, pero tanto los proveedores de servicios de salud como el público general aún dudan de estas aseveraciones, demostrable en su falta de prioridad en comparación con situaciones de riesgo individuales o conductuales, las cuales son un riesgo menor que las sociales en la mayoría de casos (Haslam, y otros, 2017).

La adicción no es una enfermedad cerebral, un fracaso moral, ni es causada por un desequilibrio de neurotransmisores o factores genéticos, o al menos, no podemos reducir la adicción a esas definiciones. La adicción es un problema mucho más complejo que incluye un deseo inconsciente pero entendible de utilizar sustancias en respuesta a situaciones anormales. El usuario compulsivo es el que busca un alivio psicoactivo al no tener otras soluciones disponibles, aceptando el riesgo a largo plazo que implica. Las causas de la adicción no yacen exclusivamente en la persona que se vuelve adicta, ni en su familia cercana, ni en las propiedades adictivas de la droga, yacen también en la sociedad y en cómo nos tratamos unos a otros (Felitti, 2003; Alexander, 2017). La mayoría de las personas con adicciones severas, como los participantes de este estudio, no están fuera de control y a menudo pueden explicar ellas mismas qué función cumple su adicción y por qué continúan con ella: Les proveen alivio y compensación por existencias opacas y vidas vacías cuando otras soluciones no funcionan o no están disponibles. Son adaptativas en un mundo fragmentado, ya que pueden usarse para obtener apego,

pertenencia, identidad, significado y propósito. Sin ellas, los individuos dislocados no tendrían por qué vivir y se verterían hacia la ansiedad, la depresión y el suicidio. Si vemos la adicción como una serie de hábitos que permiten a la persona lidiar con sus problemas dentro de una red social y consideramos que el cerebro está diseñado para eso, podremos ver la adicción como una consecuencia extrema de un cerebro saludable (Snoek & Matthews, 2017).

Como explica Lewis (2016), la adicción es un hábito que crece y se perpetúa rápidamente. La repetición motivada lleva a un aprendizaje profundo que consolida patrones de pensamiento y emociones. Los cambios en el cerebro vistos en la adicción suelen ser similares a aquellos vistos cuando conductas recurrentes altamente motivadas resultan en el desarrollo de hábitos arraigados o condicionamiento pavloviano. Este análisis yace en conceptos de auto organización, neuroplasticidad, desarrollo de la personalidad y descuento temporal. El modelo de enfermedad cerebral plantea un principio de neuronormatividad en contraste a uno de desarrollo y aprendizaje que permitiría avanzar nuestro concepto de neuroplasticidad (Lewis M., 2015; Snoek & Matthews, 2017). La adicción no es mejor entendida como una enfermedad del cerebro, aunque involucre una disfunción patológica neuropsicológica. La adicción es un desorden de la persona, inserta en un contexto social (Levy, 2013).

El número de receptores D2 en el estriado dorsal, asociado a las conductas automáticas, no es inmutable; se ha demostrado que alteraciones en el entorno social irrumpen su expresión en primates no humanos incrementando su propensión a usar drogas. Los estresores sociales también tienen una influencia deletérea sobre los procesos de desarrollo entre el sistema límbico y la corteza prefrontal. La pobreza, el trauma o un estatus social bajo reducen la disponibilidad de receptores a dopamina en humanos y en otros primates. Esto se ha correlacionado con la dominancia social y el aislamiento (Lewis M. , 2018).

No hay diferencias conductuales entre quienes son adictos a las drogas y quienes lo son a otra clase de persecuciones (Alexander, 2000). La adicción no es única ni mayormente un problema de drogas y ninguna droga tiene propiedades adictivas. La mayoría pueden y son regularmente usadas de manera segura y beneficiosa

(Alexander, 2010). Esto depende, por supuesto, del tipo de droga, prácticas de consumo y el acceso seguro y confiable a la sustancia. La adicción sólo provoca impedimentos en ciertos entornos; sería una enfermedad sólo si el funcionamiento del agente fuera impedido sin importar el entorno, pero su función es precisamente la opuesta. La adicción no es una enfermedad porque el sufrimiento que causa depende de condiciones sociales más allá de la persona. Esto no significa que la adicción o el sufrimiento que causa no sean reales, más bien indica que la respuesta apropiada al problema de la adicción debe yacer en cambiar las condiciones sociales que la provocan y la sostienen (Levy, 2013). Los cambios en el cerebro no decrementan la probabilidad de que la persona se recupere (Heyman, 2013), el pronóstico yace en la calidad de su comunidad y de sus relaciones interpersonales.

Una manera más comprensiva de categorizar las razones para usar drogas es propuesta por Pickard (2017):

- Mejorar la interacción social
- Facilitar cortejo y acto sexual
- Agudizar la cognición
- Facilitar la recuperación y lidiar con el estrés
- Auto medicación para emociones negativas, problemas de salud mental y otros síntomas
- Curiosidad sensorial, expandir los horizontes de la experiencia
- Euforia, hedonia y placer

La mayoría de las personas solamente experimentan con drogas un par de veces y después las dejan. Otros pasarán largos periodos de intermitencia y algunos más serán capaces de detenerse al sentir que empiezan a perder el control. Sólo una pequeña porción de quienes entran en contacto con drogas, tarjetas de crédito, sexo, computadoras, etc. se volverán adictos, la mayoría de los cuales padecen depresión, ansiedad, o dolor, y buscarán aliviarlos a través del uso. Esto se conoce como la hipótesis de la auto-medicación. De esta manera, el causante de la adicción es el malestar que la provoca, no un químico o la actividad que se realiza. Algunas personas desesperadamente dislocadas y aisladas encontrarán en las drogas una sociedad sustituta que, a pesar de los riesgos, les proveerá aquello que hace falta

en sus vidas y son estas carencias la verdadera causa de la adicción (Alexander & Wong, 2010). La adicción no es involuntaria; los adictos tienen incentivos, elección y un grado de control sobre su consumo en diversas situaciones (Pickard, 2017). La adicción no es un uso compulsivo de drogas, aunque tampoco es un uso racional de drogas (Heyman, 2013).

“Me duele todo el cuerpo, me siento cansada, pero hay que aguantar los dolores. - ¿Qué te duele más? -La espalda, las piernas, las manos las siento muy hinchadas, toda la espalda me duele, las piernas me empiezan a doler. Las siento así, como que muy pesadas, no puedo caminar bien porque me empiezan a doler demasiado, quiero estar acostada o sentada porque ya no aguanto los dolores.”

Laura se encuentra en un estado constante de dolor porque la han atropellado en dos ocasiones, una de ellas, fue cuando su pareja la empujó al tránsito. Ninguno de los dos eventos fue tratado apropiadamente.

La trágica realidad es que millones de personas no pueden usar drogas recreativamente. Sus necesidades de identidad, pertenencia, propósito y significado son demasiado grandes y se aferran a lo que para otros es recreación como a un salvamento, tratando de construir una vida en torno a ello (Alexander, 2015). Al prolongarse, las adicciones pueden traicionar sus fines adaptativos y acrecentar la dislocación de la persona erosionando su salud y fragmentando aún más sus familias, comunidades y sociedades. De esta manera, la adicción completa un círculo de retroalimentación y consigue perpetuarse (Alexander, 2014).

Una manera de clasificar las aproximaciones que han sido tomadas o que deben serlo en el futuro según su habilidad para tratar la fragmentación social y la dislocación individual es la siguiente (Alexander, 2015):

1. Castigar a los usuarios, productores y traficantes de drogas. Propaganda anti drogas.
2. Tratar a los individuos adictos en un contexto médico o psicoterapéutico.
3. Eliminar el castigo y el tratamiento y permitir a las personas responder por las consecuencias de sus estilos de vida.

4. Introducir prácticas esotéricas que permitan soportar la dislocación en un mundo fragmentado (Yoga, meditación, mindfulness).
5. Reducir el daño cuidando a las personas adictas quieran éstas o no dejar sus adicciones.

Cristian cuenta que *“Llegó el momento... que mi mente decía no quiero, ya estuvo, pero mi misma mano agarraba y pues no, chíngate la que sigue.”* Su conciencia le decía que no lo hiciera, pero le ganaba el placer. *“Quieras o no cuando te metes una droga, como por ejemplo un alcohólico, cuando está acostumbrado a tomar, ¿qué pasa si, por ejemplo, le quitas una cerveza? como que dice: no manches, aguanta, es lo que me da el aliviane, es lo que me levanta (...) es lo que me despierta, lo que me da fuerzas para caminar, es lo que me da miles de cosas (...)*

6. Proveer apoyo orientado a la comunidad, aceptación, espiritualidad y tratamiento orientado a superar las adicciones.

7. Reestructurar la sociedad moderna para reducir la fragmentación, dislocación y adicción.

Eliminar las drogas de la vida de un adicto lo obligaría a elegir otra adicción sustituta que sería probablemente peor. Mientras que, de estar disponibles alternativas mejores, la persona abandonaría su adicción sin ninguna clase de intervención, como ocurre en la mayoría de los casos (Alexander, 1987; 2010) y no es un misterio: ocurre

cuando la gente establece relaciones más fuertes en su comunidad o encuentra un fuerte sentido de significado en su vida, reduciendo su dislocación. Quienes no logran recuperarse por su cuenta son los que crean la ilusión de una enfermedad crónica pues llenan los grupos de autoayuda y las agencias de tratamiento. El hecho mismo de que esto ocurra sugiere que la adicción no es una enfermedad, sino una adaptación (Alexander, 2014).

El cambio que pueda resolver el problema de la adicción debe comenzar con un rechazo de los valores del libre mercado y reenfocar los recursos desperdiciados en el fútil intento de la guerra contra las drogas y curar la enfermedad de la adicción (Alexander, 2000), en otras palabras, enfocar los esfuerzos sobre las causas (la

fragmentación y la dislocación sociales) y no sobre las consecuencias o los síntomas (las adicciones individuales). La tarea debe ser lograr un cambio del paradigma del progreso material, que tiene su cumbre en el crecimiento económico, por uno que lidie con problemas sociales y del entorno (Eckersley, 2005). La sociedad global debe ser reformada económicamente para superar las obscenas inequidades de riqueza entre individuos y naciones que rápidamente están llegando al punto de quiebre (Alexander, 2015). El tratamiento, la reducción de daños y los cambios de política son útiles en conjunto, pero la sociedad debe comprender que no puede tratar, reducir daños ni politizar su salida de este problema. Esto no significa que no haya esperanza, sólo significa que la respuesta yace en otra parte (Alexander, 2000). Nuestros tratamientos ayudan a algunas personas, pero nunca podrán cambiar los problemas intrínsecos de nuestra era (Alexander, 2017). No podemos continuar tratando como enfermedades o desórdenes de los individuos lo que son fundamentalmente problemas sociales (Eckersley, 2005). No hay remedio médico para lo que no es una enfermedad y no hay solución de mercado para un problema que nace de la estructura misma del libre mercado (Alexander, 2012).

“Dejar la droga, cambiar un poquito.”
–Jorge, hablando de sus metas.

La tarea clínica no debe ser negar la agencia del adicto o querer rescatarlo de una condición patológica, sino ayudarlo a empoderarse y a desarrollar un sentido de responsabilidad (Pickard, 2017). Es hora de movernos más allá de la concepción ortodoxa de la adicción y reconocer que el uso de drogas conlleva una elección, pero hay distorsiones cognitivas que afectan esa decisión (Pickard, 2016). La respuesta apropiada no es vergüenza, aislamiento o sumisión a un régimen terapéutico, sino futuro crecimiento. No se puede retornar a un estado previo de homeostasis; la persona debe crecer, mediante sus propios esfuerzos, más allá de la adicción. Este crecimiento puede ser facilitado con apoyo social, oportunidades conductuales e intervención farmacológica (Lewis M. , 2016; 2018).

“Ahí [en el reclusorio] te lo venden [drogas] como si fuera un tianguis, hasta más barato que en la calle”.

Federico ha estado en diferentes reclusorios por robos que cometió para soportar económicamente a su familia.

En vez de preguntarnos por la debilidad individual, vulnerabilidad, o exposición a las drogas, deberíamos preguntarnos ¿por qué nuestra sociedad vuelve cada vez más difícil que grandes masas de personas eviten un amplio rango de adicciones, sólo algunas de ellas involucradas con drogas (Alexander, 2017)? Las personas cercanas a los adictos los verán con un hábito inexplicable causado por drogas adictivas, una enfermedad cerebral y predisposiciones genéticas, pues

reconocer las funciones adaptativas que en realidad sirve significaría encarar la realidad fragmentada de la familia o el vecindario que se les proveyó durante su desarrollo (Alexander, 2014). La razón por la que culpamos y estigmatizamos a los adictos es porque es más cómodo que enfrentar los aspectos de la sociedad que vuelven a las drogas, aún con sus costos, una buena opción para sus miembros más vulnerables y desaventajados (Pickard, 2017).

5.4 LA CALLE COMO SOCIEDAD FRAGMENTADA

La descripción de Alexander (2017) de los usuarios de heroína en Vancouver sonará muy familiar para quienes hayan sido educadores de calle en CDMX: “Ellos no pensaban de sí mismos como incontrolables, sino que se veían con acceso a una droga que podía reducir su dolor y miseria. (...) Pasaban la mayor parte de su tiempo consiguiendo dinero para pagarla, traficando, robando, prostituyéndose; eran brutalizados por la policía y tenían las cicatrices para probarlo. Pero junto con el sufrimiento y el alivio farmacológico al mismo, ganaban un importante sentido de identidad y solidaridad entre la comunidad que también consume y que también es perseguida por la policía. A diferencia de la vieja historia, me dijeron de cien maneras distintas que no están fuera de control, están viviendo las vidas más llenas de significado que pudieron construir entre su miedo, su falta de educación y su pertenencia a la clase baja”.

En las calles de CDMX, es común que los relatos de sus habitantes incluyan un

La adicción es una cuestión de necesidad, no de gusto, porque ya que acostumbraste a tu organismo a que le entren ciertas cosas, tu mismo cuerpo te lo pide, como no está como lo acostumbraste, es cuando te dice: no manches, no me siento bien, no estoy bien (...)
Así, te podrás aventar todo un día sin consumir, hiciste un bien, pero para tu cuerpo no porque te dice oye, ¿qué pasó con lo que me dabas diario?” –Cristian

Las dificultades de llevar una vida posterior a la adicción son demasiado para la mayoría y los hacen recaer.

historial de trauma, alguna clase de pérdida, ya sea de las relaciones familiares, de un ser amado, el olvido y el rechazo institucional, el desprecio de quienes les rodean, alguna psicopatología, discapacidad o todas las anteriores. Como el resto de los factores que se dilucidarán, la falta de una red social de apoyo no es exclusiva de la calle, pero aquí se vuelve típica y sus efectos son exacerbados.

La dislocación es brutalmente obvia entre los necesitados y los que no tienen hogar, pero no está limitada a ellos pues ésta afecta a cada nivel de la sociedad, desde los ricos hasta a los pobres (Alexander, 2017). Incluso los placeres banales de ser un drogadicto en la calle dan alivio al dolor y la vida sin rumbo de quien está dislocado. Cuando estilos de vida sustitutos son la mejor alternativa disponible a la dislocación, la mejor adaptación es aferrarse a ellos con una tenacidad que llamamos adicción, drogas involucradas o no. Los adictos están

concentrados entre los visiblemente dislocados y sus razones para continuar la adicción son una respuesta entendible a su situación (Alexander, 2000).

“*En la calle no hay amigos*” bien lo sabe uno de nuestros participantes y no es el único. En los albergues, anexos, centros de rehabilitación y otras instituciones que están ahí para ayudarles, frecuentemente se les humilla y maltrata. La mayoría de los varones ha pasado algún tiempo en la cárcel, consecuencia esperada ya que se les impide el acceso a trabajos bien remunerados al no tener estudios u otra forma de preparación y se vuelve a su vez aún más difícil una vez que se tienen

antecedentes penales. Las mujeres han sido víctimas frecuentes de violencia sexual y han perdido a sus hijos porque el Estado las considera incapaces para la crianza.

Y así, una vez que se les ha arrebatado cualquier oportunidad de llevar una vida digna y satisfactoria y se encuentran en un estado de dislocación severa en el que deben sobrevivir con la falta de apego, pertenencia, identidad, propósito y significado en sus vidas, encuentran las drogas como una tabla flotando tras un naufragio que les permite sobrevivir, en cierta medida y durante cierto tiempo (Alexander, 2017). El *activo* y otras drogas se vuelven necesarios para sobrevivir, pero es, irónicamente, lo que los va matando.

*“- ¿Te has sentido deprimido?
-Eso era cuando andaba mono, pensaba ¿por qué mi familia no me quiere?”*
Alberto no tiene con quién hablar sus problemas, le deprime pensar que nunca va a tener una pareja y también haberse apartado de su familia, quienes sólo le insistían que dejara las drogas.

Los adictos usan drogas con un propósito: aliviar el severo estrés psicológico. Lo hacen de manera habitual, pero el consumo está dirigido a una meta. Si no hubieran tantas presiones en esta dirección, como comorbilidades psiquiátricas y problemas sociales, económicos y de relaciones interpersonales, o si existieran otros caminos para aliviarlo, escogerían diferente. El uso no es compulsivo; hay razones de peso para él. Pero sin una recuperación de desórdenes comórbidos, o al menos sus síntomas sean tratados, o que se vuelvan disponibles mejores oportunidades de vida y se aprendan vías alternas de lidiar con el estrés

psicológico, es poco probable que los adictos abandonen sus hábitos que les permiten soportar sus intensas emociones negativas y otros síntomas. El costo de la abstinencia es demasiado alto (Pickard, 2012). Sus patrones de uso intensifican el estrés y alteran su entorno social, incrementando la necesidad del usuario por la sustancia en una espiral descendente. Las condiciones que han atravesado, el abuso o negligencia infantil, exposición a situaciones de riesgo, falta de oportunidades de educación y empleo contribuyen a la vulnerabilidad social

llevando a múltiples dimensiones de inequidad que no son tomadas en cuenta en los procesos de tratamiento (Mora Ríos, Ortega Ortega, & Medina Mora, 2016).

5.5 MÉXICO FRAGMENTADO

En México, distintos marcadores de dislocación, es decir, indicadores de la fragmentación de la sociedad, han estado presentes durante algún tiempo, mientras que otros han incrementado de manera importante durante las últimas décadas, producto del proyecto neoliberal (Laurell, 2010). Algunos son parte de una tendencia mundial o de un área particular como América Latina y otros son exclusivos de México. La importancia de cada uno de estos será explicada a fondo en las siguientes secciones. A pesar de que sean más obvios en poblaciones callejeras, estos marcadores en realidad componen al estado general de la sociedad mexicana moderna.

Entre los países de la OECD (2019), México es el segundo con más altos niveles de obesidad, el octavo en pobreza, el más alto en inequidad de ingresos y el más bajo en promedio de salarios. Por su parte, el Banco Mundial, señala que un 43.6% vive en condiciones de pobreza. Los datos de Our World in Data muestran que un 39% de la población vive en un asentamiento urbano con más de un millón de habitantes, el número de personas con cualquier trastorno mental y en particular en los relacionados con el uso de alcohol o drogas han aumentado ininterrumpidamente desde 1990 al igual que en el resto del mundo, el 10% más rico posee el 39% de la riqueza, más de la mitad de la población urbana vive bajo el límite pobreza, desde 2005 la tasa de homicidios se ha incrementado de manera muy notoria, mientras que la confianza interpersonal ha continuado disminuyendo desde principios de siglo. El INEGI (2017) ha reportado un incremento casi cada año desde 1994 en suicidios y cerca de un 72% de la población percibe su ciudad como insegura.

Investigadores independientes como Campos Vázquez, (2016), por su parte, han reportado una baja movilidad social: 36% se mantiene en los hogares más pobres y 43% se mantiene en los hogares más ricos. Personas con color de piel más oscuro presentan menor movilidad social que personas con tono de piel más claro, 44% de

color oscuro continúa siendo muy pobre, mientras que 20% sigue siéndolo si tiene un tono de piel más claro. Quienes son originarios de hogares pobres tienen dificultades para alcanzar educación media superior o mayor a la vez que su deserción escolar es más alta, 20% entre los jóvenes de 12-18 años en hogares pobres contra el 5% en hogares ricos. Jóvenes con padres con escolaridad de menos de primaria muestran una deserción de más de 30%, pero los jóvenes con padres universitarios muestran una deserción de menos del 3%.

Los jóvenes en estratos socioeconómicos bajos se enfrentan a estilos de crianza de menor calidad en promedio y sufren de mayor estrés, señalan que tienen más problemas de salud, se ejercitan menos, y tienen menor satisfacción con la vida que las personas en riqueza. Los hogares con menos recursos tienen una menor proporción de ambos padres viviendo juntos. En promedio, padres en hogares ricos pasan 24 días más al año con sus hijos que padres en hogares pobres (Campos Vázquez, 2016).

“No quiero volver a empezar a drogarme porque sé que el día que lo haga...ya no le paro.”

Pedro, igual que Manuel, consideran su próxima recaída en las drogas, la última.

La selección de estos datos no significa que el estado general del país vaya en declive. Por ejemplo, la pobreza y el analfabetismo se han reducido en los últimos años. Sin embargo, estos son claros indicadores de fragmentación social, que, en consecuencia, dislocan cantidades masivas de individuos y en su conjunto, estos factores componen un nicho en el que la adicción puede desarrollarse más

fácilmente, o bien, donde los individuos cuentan con menos factores que los protegen y evitan que éstas se desarrollen.

Para este trabajo, se han categorizado cuatro rótulos prácticamente omnipresentes en la vida de todos los pobladores callejeros. Estos se eligieron ya que la incertidumbre económica, la dislocación social, el aislamiento, las inequidades y las amenazas físicas y psicológicas conforman un ambiente altamente estresante en la vida moderna, lo que puede exacerbar el riesgo de padecer una enfermedad mental,

como el desorden por uso de sustancias (Volkow, Baler, & Goldstein, 2011). El estudio de cada uno de estos factores por separado es un error conceptual, ya que, aunque llegan a ocurrir de manera aislada, son generalmente síntomas de un problema social de orden mayor: una sociedad enferma.

5.6 EVENTOS ADVERSOS EN LA INFANCIA (EAI)

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que las personas que experimentan adversidad en la infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar TUS y dependencia además de otros desórdenes psiquiátricos (Pickett & Wilkinson, 2009), siendo el estrés un factor fundamental. Los modelos animales también apuntan a que la adversidad temprana incrementa la auto administración de sustancias.

“Mi jefa ya murió, mi jefe también, no tengo hermanos.”

La madre de Jorge falleció cuando él tenía 12 años y la negligencia por parte del resto de sus familiares propició su salida a la calle.

Las categorías de adversidad suelen acomodarse en cuatro grupos:

- Disfunción familiar o parental
- Abuso o negligencia
- Pérdida interpersonal
- Desventajas socioeconómicas

Estos modelos controlan por uso paternal de sustancias para excluir factores genéticos (Benjet, Borges, Medina Mora, & Méndez, 2013). Conforme incrementa la cantidad de EAI, incrementa exponencialmente el riesgo para desarrollar TUS, incluidos alcohol y tabaco, depresión, intentos de suicidio, pobre salud autoreportada, más parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, inactividad física y obesidad severa junto con otros malestares en la adultez como isquemia de corazón, cáncer, enfermedad pulmonar, fracturas y enfermedad hepática (Felitti, y otros, 1998).

El uso compulsivo de drogas incrementa exponencialmente con el número de EAI que se hayan experimentado. La probabilidad de ser fumador es 250% más alta si se experimentaron numerosos EAI en comparación con quien no experimentó

ninguno, 500% para alcoholismo y 4600% para uso de drogas inyectadas (Felitti, 2003). Es claro que los trastornos en la infancia y en la adolescencia buscan una fuente de alivio (Snoek & Matthews, 2017).

Las experiencias adversas en la infancia son más comunes de lo que se cree comúnmente, pero a menudo son ocultadas o no son reconocidas. Pueden transformar la experiencia psicosocial muchos años más tarde en la forma de una enfermedad orgánica, mental o disfunción social. Son el mayor determinante sobre quién consume sustancias psicoactivas y quién de ellos se vuelve adicto. Estos eventos provocan daño emocional y en el neurodesarrollo, lo que puede impedir la habilidad social y, al llegar a la adolescencia, muchas personas buscarán aliviar sus síntomas con métodos inmemoriales, como usar drogas, promiscuidad sexual o comer en exceso (Felitti, 2003).

“La calle es un lugar donde no me están cuidando mamá y papá porque no los tengo”.

Cristian fue abandonado por sus padres a los cuatro años. Cuando el DIF intervino y consiguió contactarlos, ellos dijeron que no querían hacerse responsables de él, y así es como fue a dar a una casa hogar.

El maltrato a edades tempranas puede provocar anomalías cerebrales específicas. El trauma induce un efecto de cascada que incluye cambios hormonales y en neurotransmisores que median el desarrollo. Estos cambios incluyen alteraciones en el hipocampo, ondas cerebrales anormales, convulsiones, cuerpos callosos más pequeños, en particular para mujeres víctimas de abuso sexual (Teicher, 2000). El abuso, especialmente el ocurrido previo a los 18 años tiene un mayor impacto sobre la irritabilidad límbica y no existe evidencia

de que estos cambios sean reversibles. Esta irritabilidad puede conducir a disforia, agresión y violencia contra uno mismo y contra otros (Teicher, 2000).

Las clases de EAI mejor estudiadas incluyen:

- Abuso físico recurrente y severo
- Abuso emocional recurrente y severo
- Abuso sexual
- Compartir un hogar con un usuario de drogas

- Tener un familiar encarcelado
- Uno o ambos padres biológicos ausentes
- Un miembro de la familia con una enfermedad mental o institucionalizado
- La madre es tratada violentamente

El abuso sexual y conducta parental criminal son los factores que más incrementan el riesgo de psicopatología y abuso de sustancias (Benjet, Borges, Medina Mora, & Méndez, 2013), han sido asociados con síntomas de indefensión aprendida en niños

“Yo tuve una violación a los 8,9 años por parte de mi tío y eso se me quedó (...) y mi esposa, que era mi pareja, una vez la violé, imagínate. De esa violación nació mi hijo el chico. Por eso nos separamos, pues ella no aguantó ‘pinche violador, ¿qué les vas a hacer a mis hijos?’ (...) Y yo le decía a mi jefe, cuando yo fui violado por parte de mi tío, yo les decía a mis padres y nunca me creyeron”.

Pedro identifica esa violación en su infancia como la causa de sus propios abusos, mismos que terminaron desintegrando a su familia.

y en etapas posteriores (Cole, y otros, 2015). La negligencia y falta de cuidados también han sido asociados con consecuencias severas. Periodos largos de aislamiento tienen efectos deletéreos sobre el desarrollo cerebral y de la conducta. En modelos animales, la falta de atención materna incrementa la respuesta de miedo y la secreción de adrenalina, corticosterona y vasopresina mientras que baja la de oxitocina. Esto puede alterar el metabolismo, provocar inmunosupresión, respuestas inflamatorias, irritabilidad neuronal, interferir en la mielinización y reducir el peso cerebral (Teicher, 2000).

Ninguno de estos factores ocurre en el vacío. Es común que más de un EAI se presenten contiguamente (Felitti, 2003) y es más común en comunidades en ciertas condiciones, como se verá más adelante.

Los cambios vistos en el cerebro también se tratan del resultado de un proceso de adaptación y aprendizaje que les permiten a estas personas

sobrevivir en un entorno violento, al costo de poder persistir incluso en situaciones en las que no son adaptativas (Guerra & Dierkhising, 2011), de manera idéntica a la adicción.

Las personas criadas en entornos privados socioeconómicamente, donde la incidencia de violencia es mayor y el acceso a sustancias es facilitado, suelen tener un historial de trauma en su desarrollo. En ocasiones, éste incluso es heredado pues se debe no sólo a las condiciones materiales en las que nace, sino a cambios epigenéticos ocurridos durante la gestación (Sapolsky, 2018). Esto hace que el cerebro de la persona se desarrolle de una manera que le permita sobrevivir, pues le anticipa al producto que las condiciones del entorno que está próximo a habitar son adversas, pero estos cambios pueden resultar anti adaptativos en otros contextos (Wilkinson & Pickett, 2011).

Si es irracional e hipócrita sostener el mismo estándar de control conductual para un menor y para un adulto, es igualmente injusto sostener el mismo estándar para un sujeto traumatizado y con impedimentos neurológicos y para un sujeto no afligido (Teicher, 2000). Al ser eventos frecuentemente enmascarados por vergüenza, tabú, u otras razones que impiden al sujeto lidiar apropiadamente o recibir la ayuda que necesita para superarlos, es difícil evitar sus repercusiones.

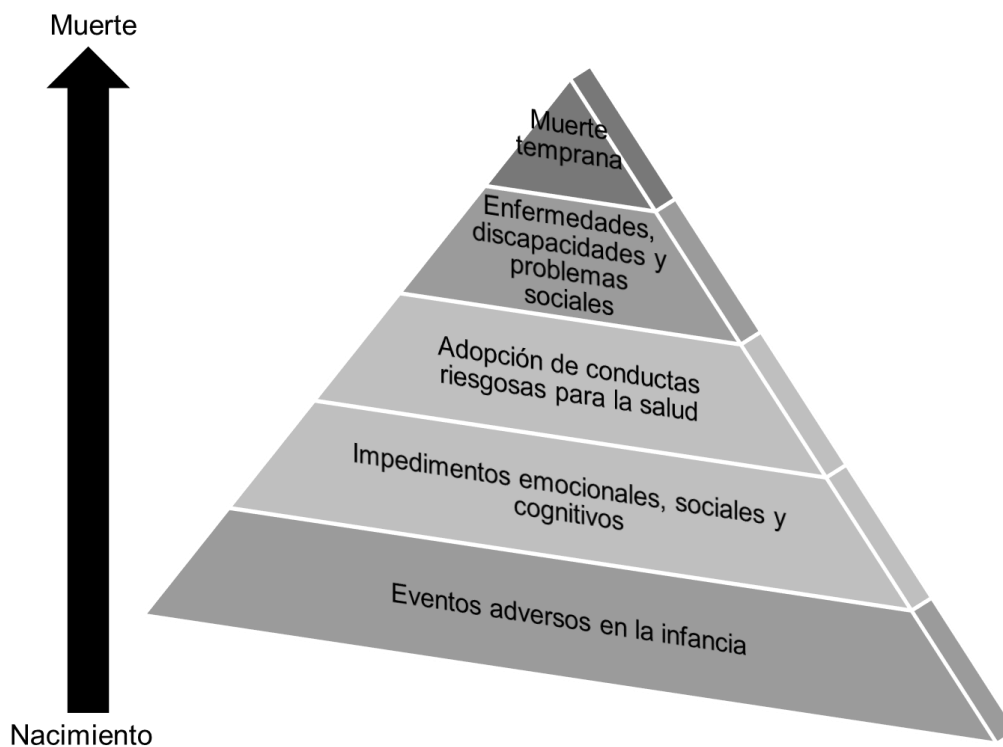


Ilustración 11. Influencia a lo largo de la vida de EAI (Felitti, 2003) [Traducida]

Magnolia nació en la calle, donde vivían sus padres, quienes fallecieron juntos al ser atropellados cuando ella iba en segundo de primaria.

“[Empecé a consumir] más que nada por la depresión de que mis papás habían fallecido”.

Su padre la golpeaba con una madera o un alambre si ella intervenía cuando él golpeaba a su mamá. Dos de sus hermanas también fallecieron y uno de sus hermanos desapareció cuando era pequeño. Cuando lo encontraron en la procuraduría, no lo devolvieron con sus padres por no contar con la documentación necesaria.

Es muy común que uno o más EAI compongan parte del historial de trauma de los pobladores callejeros de CDMX. Y así, habiendo sido desde niños expuestos a violencia, es más probable que reproduzcan estas conductas en el futuro, incluyendo agresión, delincuencia, crimen violento y abuso infantil, replicando el ciclo para las generaciones futuras (Guerra & Dierkhising, 2011). Estas conductas no se suelen desarrollar a nivel individual, sino a nivel comunitario. Experimentar esta clase de eventos puede dejar una huella profunda en el desarrollo cerebral y emocional de la persona y, de no ser atendidos apropiadamente, pueden desencadenar una cascada de

consecuencias, que atraviesan la adicción y pueden terminar con una muerte temprana. Ver Ilustración 11. Debe quedar más allá de la duda que la adicción es predominantemente causada por la experiencia y no por la exposición a las drogas (Felitti, 2003).

5.7 VIOLENCIA EN LAS COMUNIDADES

La exposición a violencia en la comunidad puede impactar sobre el desarrollo neurológico, físico, emocional y social de la persona (Guerra & Dierkhising, 2011). Se estima que entre 133 y 275 millones de niños experimentan violencia en sus hogares, entre 11.3 y 25.5 en América Latina (Foster & Brooks-Gunn, 2011).

La exposición a la violencia varía según el vecindario, la familia y factores individuales. La agresión física de padres a hijos está asociada con vecindarios desaventajados económicamente, así como con los que tienen altos niveles de crimen. Las minorías étnicas y los hombres están más expuestos a experimentar

violencia (Foster & Brooks-Gunn, 2011). La sobrepoblación, falta de servicios médicos, escasez de recursos comunitarios y desempleo también han sido asociados con la exposición a violencia. A su vez, la violencia contribuye a desorganización social e inestabilidad familiar (Lynch, 2003).

“No tuve mucho cariño [durante mi infancia] (...) casi no tuve infancia porque me la pasé más trabajando que jugando. No tuve una infancia como toda niña tiene”.

Laura, al igual que Federico, abandonaron sus casas a los 5 y 7 años respectivamente para huir de los abusos que ahí sufrían.

“Yo ya no aguantaba los golpes ni los regaños, los maltratos que a mí me daban, yo lo que buscaba era el cariño de una madre, de un padre, lo que nunca tuve, lo único que tuve fueron golpes, maltratos...”

El conflicto familiar y la violencia doméstica moderan la relación entre comunidades violentas y desenlaces pobres para los jóvenes. Y, por el contrario, el apoyo y la cohesión familiar pueden aminorar los efectos de la violencia en la comunidad (Lynch, 2003). Junto con índices de violencia más altos, las personas en sociedades más desiguales confían menos entre ellas y están menos involucrados en su comunidad. Esto disminuye el capital social e incrementa niveles de hostilidad y discriminación (Wilkinson, 2004).

La exposición a esta clase de estrés traumático o crónico parece desregular el eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA), lo que puede contribuir a desarrollar problemas de salud mental: un estado de hiper vigilancia y síntomas de

trastorno por estrés postraumático o patrones disociativos con sentimientos de desamparo, ansiedad, depresión, desorden por uso de sustancias o varias de éstas de manera comórbida (Lynch, 2003; Guerra & Dierkhising, 2011). Existe también una relación positiva entre violencia en comunidad y uso de sustancias. Algunos autores han propuesto el uso como estrategia para lidiar con el estrés y, de hecho, los adolescentes que han sido asaltados o que han presenciado violencia se encuentran en un riesgo elevado (Lynch, 2003). La victimización entre jóvenes se

Maya no puede caminar ni ver bien después de que una de sus parejas la tiró por las escaleras y otra la aventó para que la atropellaran. Las mujeres también se ven sobre expuestas a la violencia sexual, tanto Laura como a Magnolia han sufrido violaciones por parte de una persona cercana.

“Los policías te agreden o te quieren manosear (...) luego abusan de uno, hasta los mismos policías, luego las andan manoseando [a las mujeres], las suben a las patrullas y andan teniendo relaciones sexuales con ellas. Eso contra nosotras ya es violencia”.

ha asociado también con ofensas juveniles y con cometer serias conductas criminales.

Los efectos de violencia en comunidades son notorios tanto en presión sanguínea como en secreción de epinefrina en hombres, pero las mujeres pueden ser más vulnerables a la victimización y a síntomas de trastorno por estrés postraumático. La victimización en niños es más común en hogares sin una figura masculina, esto puede afectar su cognición social y procesamiento de información interpersonal. También hay problemas de memoria, sueño, concentración y pensamientos intrusivos que pueden interferir con el desempeño escolar y desenlaces sociales (Lynch, 2003; Foster & Brooks-Gunn, 2011).

Como se ha venido mencionando, las poblaciones callejeras suelen habitar en lugares donde la presencia de la policía es mínima, lo que abre las puertas a la intervención de las mafias dentro de la economía local, quienes controlan la venta de sustancias y otras actividades ilícitas. Es, por lo tanto, común que los jóvenes busquen aliarse con pandillas u otros grupos organizados para conseguir una identidad, seguridad, estatus y respeto, o, al menos, una fuente de ingresos. Siendo el detonador de violencia más frecuente la falta de respeto y el sentimiento de ser rebajado (Wilkinson, 2004), una experiencia nada ajena para nuestros participantes.

Federico recuerda en particular una riña que tuvo junto con unos compañeros en estado de ebriedad contra un militar, quien los atacó con una navaja y uno de ellos estuvo a punto de morir.

“Un charco de sangre, se estaba desangrando. Parecía regadera”.

Después de que llegó la policía, la esposa del militar les dio una suma de dinero para que no testificaran en contra. Muestra las cicatrices mientras cuenta la historia.

Se ha hecho obvio que la calle es un escape para quienes son abusados en sus hogares, pero esta clase de violencia ocurre en comunidades donde ésta es una manera legítima de alcanzar poder y respeto y es perpetrada generalmente, por personas que también han sido violentadas en el pasado. Los altos niveles de estrés que provocan desarrollarse y vivir en una comunidad con estas características+, donde hay que cuidarse de todos, tienen costos altos sobre la salud y las relaciones sociales.

5.8 ESTRÉS

Las experiencias de calle citadas a lo largo del trabajo describen cómo día a día las personas se enfrentan a numerosas situaciones que pueden elevar sus niveles de estrés de manera casi

permanente ya que su vida se ve amenazada constantemente. La relación entre estrés y consumo de drogas, así como con otros trastornos de ansiedad y depresión ha sido bien descrita (Sapolsky, 2018), pero además es importante notar el rol que tienen sobre el estado general de salud, en particular en personas que no tienen escapatoria de estas condiciones de vida y que ocupan un lugar bajo en la escala social, punto sobre el que se hablará en el último apartado.

La pobreza y sus estresores son un factor de riesgo para uso de drogas y desarrollar adicciones. El entorno social puede provocar cambios neurobiológicos en el cerebro (Volkow, 2004), pero el entorno físico también juega un rol importante, por lo que esta sección se divide en los efectos del entorno urbano, particularmente sobre quienes no pueden escapar, y los efectos del estrés crónico, provocado por la variedad de situaciones ya descritas.

5.8.1 ESTRÉS CRÓNICO

La respuesta al estrés en humanos implica la secreción de dos tipos de hormonas: adrenalina y glucocorticoides, en particular cortisol. Los glucocorticoides son una

Manuel tiene un largo historial de conductas delictivas: intentó matar a un novio de su madre con un cuchillo cuando vio que la golpeaba, robó computadoras de un Sanborns, se metió a robar a la casa de una vecina, intentó explotar el auto de otro padrastro por verlo caminando en la calle con su hermana, robó un carrito de *Vive 100* (bebidas energéticas), vendió drogas durante casi un año, entre otras. Sus reacciones intempestivas y la violencia no provocada pueden ser adaptativas en entornos donde uno se encuentra constantemente amenazado y sin personas de confianza a las cuales recurrir pero que a su vez debilitan sus relaciones sociales.

respuesta adaptativa a eventos estresantes, pero tienen propiedades patogénicas cuando son secretados crónicamente (Sapolsky, 2005) La presencia de estrés manejable es conocida como estimulación, la cual es placentera y libera dopamina, pero en cargas abrumadoras, impredecibles e incontrolables, el estrés es aversivo y conduce a padecer ansiedad y/o depresión.

El estrés crónico y las altas concentraciones de glucocorticoides incrementan el riesgo de muchas enfermedades, así como exacerban sus síntomas. Éstas incluyen hipertensión, arterioesclerosis, enfermedad cardíaca, infertilidad, aborto espontáneo, diabetes, inmunosupresión, perfil de colesterol patológico, respuesta y recuperación al estrés entorpecidas, niveles reducidos de

hormonas gonadales y crean un estado generalizado de inflamación (Sapolsky, 2005). La inflamación crónica, a su vez, acarrea riesgos a la salud, desde la vulnerabilidad a enfermedades metabólicas en la adultez si hay exposición en el periodo fetal hasta envejecimiento prematuro (Sapolsky, 2016).

En el cerebro, el estrés crónico puede causar atrofia dendrítica y alterar los patrones de muerte celular apoptótica (Sapolsky, 2005). En el hipocampo, la exposición a altos niveles de glucocorticoides provoca retraimiento de las conexiones, reduce la

excitabilidad y suprime la neurogénesis, mientras que lo opuesto ocurre en la amígdala. En la corteza prefrontal, el volumen total es reducido, se debilitan las conexiones entre neuronas y se impide la mielinización. Esto se ha correlacionado con impulsividad y pobre planeación, factores de riesgo en el consumo de sustancias (Sapolsky, 2018). La actividad del sistema mesolímbico también es alterada, puede ocurrir un agotamiento de dopamina, serotonina y norepinefrina; el primero ha sido descrito como característico de la adicción (Sapolsky, 2003), lo que también incrementa la probabilidad de desarrollar depresión y anhedonia (Sapolsky, 2018).

La depresión, el trastorno de estrés postraumático y otras experiencias de estrés psicosocial como las que son provocadas por la discriminación, calidad del vecindario, desestabilidad familiar y presenciar violencia pueden conducir a un envejecimiento prematuro a través del daño a los telómeros, estructuras que protegen los extremos de los cromosomas y que permiten su adecuada replicación. Los telómeros de quienes pasaron sus infancias en pobreza tienen un desgaste

“La salida más fácil que se me ocurre [cuando estoy estresado] es drogarme”.

A Manuel le gusta hablar de sus sentimientos cuando está drogado y evita consumir estando solo. Hay días que se siente ansioso o tembloroso cuando no ha consumido.

“El activo es como mi cena para estar relajado en la noche”.

equivalente a varios años extras al llegar a la adultez (Sapolsky, 2018). Algunos primates no humanos replican desórdenes de ansiedad, estando hipervigilantes y constantemente atentos a las amenazas (Sapolsky, 2016).

Ciertas culturas, grupos sociales o rasgos de la personalidad pueden volver a un individuo más vulnerable a los efectos del estrés (Sapolsky, 2005). Aquí se señala a la cultura moderna y a sus valores capitalistas como principales culpables de los crecientes niveles de estrés durante las últimas generaciones (Wilkinson & Pickett, 2011). El estrés social tiene su origen en las dificultades de la vida en grupos de la misma

especie y tiene, de igual manera, consecuencias fisiológicas y psicopatológicas, pero éstas no son únicamente función de la frecuencia o severidad de los

estresores. La disponibilidad y eficacia de respuestas para lidiar con su impacto son igualmente importantes (Abbott, y otros, 2003). Esta clase de estrés es la que tiene mayor importancia para distintas especies de primates, incluida la nuestra, pues garantiza la supervivencia y reproducción. La pertenencia a un grupo es de vital importancia y por eso son altamente estresantes las experiencias de derrota social o exilio (MacDonald & Leary, 2005). El bajo estatus socioeconómico ha sido asociado con una carga allostática elevada, es decir, el desgaste total sobre varios sistemas que tiene el estrés prolongado (Sapolsky, 2018).

Los efectos del estrés pueden ser amortiguados o exacerbados según la calidad de las relaciones sociales. El perfil óptimo de glucocorticoides corresponde al de un individuo dominante, mientras que los subordinados tienen un perfil patológico conforme más abajo estén en la jerarquía (Sapolsky, 2004). Por otro lado, modelos animales que fueron expuestos a estrés prenatal, además de tener perfiles de mayor reactividad al estrés en la adultez, tienen hipocampos más pequeños y amígdalas más grandes. Crías que fueron desatendidas por sus madres también presentan estos cambios, pero pueden ser evadidos si son cuidadas por madres sustitutas (Sapolsky, 2004).

Federico dice que algunas personas siguen consumiendo porque ya no tienen metas y nada les importa.
“Ya se los carga la verga cualquier día”.

De esta manera, los estilos de crianza y experiencias tempranas, en ocasiones incluso prenatales, pueden modificar de manera permanente estructuras cerebrales encargadas de reconocer amenazas y actuar de manera impulsiva. “La pobreza vuelve al futuro un lugar menos importante” (Sapolsky, 2018). Los

sujetos expuestos constantemente a estímulos desagradables inescapables e incontrolables pueden desarrollar síntomas de indefensión aprendida que pueden conducir a depresión en el futuro si estos son interpretados como que provienen de estados internos, estables y globales, como interpretaciones de la adicción como una enfermedad de la persona, una debilidad moral o algún otro fracaso individual. Por el otro lado, si los mismos estímulos son interpretados como externos, inestables o producto de causas específicas pueden motivar el esfuerzo, la

resistencia al afecto negativo y la resolución de problemas (Cole, y otros, 2015), como comprender que condiciones sociales y del entorno son las verdaderas responsables de la adicción y saber que éstas pueden ser alteradas.

5.8.2 ESTRÉS AMBIENTAL

Cristian dice que, debajo del puente en Taxqueña, los policías prendieron fuego a dos compañeros suyos mientras dormían. Por la falta de alumbrado público no les pudo ver el rostro y ahora por eso le teme a la oscuridad y a que lleguen los policías cuando consume.

Experiencias similares han sido compartidas en otros puntos de calle.

Existen estresores intrínsecos en la infraestructura de las ciudades que pueden modificar la conducta social y la salud de las personas. Estos estresores ambientales son condiciones del entorno físicamente detectables consideradas negativas, pueden tener efectos crónicos y no son controlables por el individuo. Se ha demostrado que la relación entre la configuración espacial urbana y los procesos sociales puede ser importante para la salud psicológica de los habitantes de un vecindario (Robin, Matheau-Police, & Couty, 2007; Sarkar, Gallacher, & Webster, 2013). Por ejemplo, atributos estructurales de la residencia,

calidades arquitectónicas de la vivienda, acceso a instalaciones, calidad del vecindario, espacios verdes y ruido tienen asociaciones medibles sobre el nivel de estrés de quienes habitan esos espacios. “Los suburbios no podrían estar mejor diseñados para negar la integración psicosocial y maximizar la dislocación” (Alexander, 2010), esto se ha encontrado consistentemente en distintas ciudades alrededor del mundo (Sarkar, Gallacher, & Webster, 2013; Gong, Palmer, Gallacher, Marsden, & Fone, 2015).

En barrios desaventajados covarían algunos estresores, como ruido, contaminación, criminalidad, sobrepoblación y mala calidad de las viviendas y del vecindario (Robin, Matheau-Police, & Couty, 2007). Algunos elementos como el grafiti, el tráfico, la basura pueden operar como estresores y modificar la percepción del entorno (Gong, Palmer, Gallacher, Marsden, & Fone, 2015). La presencia de

personas marginales también es, en sí misma, un estresor ambiental (Robin, Matheau-Police, & Couty, 2007).

“Yo vi cómo a un amigo se le fue la estopa y le quemó todo lo de adentro, empezó a vomitar sangre, tenía desechos los intestinos por toda la droga que se había metido”. –relata Laura dolorosamente. De igual manera, Maya dice que conocía a dos personas que murieron por *activar* demasiado.

Dentro de comunidades violentas el acceso a servicios también se ve limitado, ya que distintos servidores, como paramédicos, prefieren no interactuar con personas peligrosas o en barrios de alta criminalidad en detrimento de quienes no pueden pagar un servicio privado.

Se ha mostrado que estas características del entorno destruyen la civilidad, reducen conductas pro sociales y favorecen las de apartamiento (Robin, Matheau-Police, & Couty, 2007). Áreas predominantemente comerciales o industriales, con numerosas oficinas y negocios tienen un sentido de comunidad reducido,

interacciones sociales indeseadas, más tráfico, y menor seguridad respecto a éste, mayor contaminación y mayor estrés psicológico en general. Quienes se encuentran confinados a su vivienda son más vulnerables a los efectos de la configuración física del vecindario sobre la salud (Sarkar, Gallacher, & Webster, 2013).

Ciudad de México es notoria por su población, tráfico y contaminación. La pobre infraestructura urbana de los barrios más pobres y la baja movilidad social del país hace que quienes habitan estos vecindarios, donde son comunes las actividades mercantiles e industriales, sean incapaces de abandonarlos y su salud se ve empobrecida a cambio, esto fomenta la sensación de inseguridad y de no tener escapatoria. Las condiciones de violencia y abuso, sumadas, de nuevo, a la parte más dura de la vida en calle, el debilitamiento de las relaciones sociales, que para algunos individuos culmina en la pérdida del vínculo humano, crean un entorno hostil donde el perfil del estrés crónico se vuelve común y es, una vez más, un mecanismo adaptativo que se traiciona su propósito. Se ha acuñado el término

solastalgia para referirse a la relación nociva con un entorno que no proporciona sentimientos de seguridad y pertenencia, sino de injusticia y desempoderamiento ha sido documentado por los efectos que tiene sobre el estrés (Albrecht, y otros, 2007).

La gentrificación de ciertos barrios también ha contribuido a expulsar a algunas personas del sitio que han habitado durante generaciones mientras que crea líneas bien marcadas entre los barrios afluentes y los pobres, regularmente lanzados a las periferias. A pequeña escala, esto se puede apreciar en los procesos de limpieza social y de recuperación/restauración de espacios públicos, donde plazas, parques

“[El inhalable] Me calma, que no me ponga de malas, que esté yo nerviosa. Me relaja.”

Laura reconoce que las drogas pueden usarse con fines de auto medicación, además de mantenerla económicamente activa y sociable.

o corredores enteros se limpian, se arregla el pavimento, el alumbrado, etc. y las personas que los habitan son expulsadas. En vez de poder disfrutar de un espacio limpio y seguro, son vistas como parte de la suciedad que mancha los espacios y que es necesario eliminar.

En resumen, las condiciones de vida que han llevado las poblaciones callejeras o en general las clases sociales más bajas, durante generaciones, impactan sobre el desarrollo

neuroológico, psicológico, social y emocional de las personas. Estas condiciones no son, por supuesto, exclusivas de un estatus socioeconómico bajo, pero tras las observaciones realizadas en campo, la revisión de evidencia y los relatos de vida de los participantes, nos llevan a concluir que se encuentran exacerbadas en el estilo de vida que lleva el poblador callejero de Ciudad de México y, por ende, la respuesta común adoptada para lidiar con los estresores crónicos y ambientales es la adicción a los pocos reforzadores siempre presentes y siempre a su alcance: las drogas.

5.9 ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y DESIGUALDAD

Recapitulando los hallazgos expuestos en los apartados anteriores, los individuos que se desarrollan y viven en la pobreza, son más propensos a experimentar

eventos adversos en la infancia, violencia en sus comunidades, estrés crónico y estrés ambiental. En otras palabras, sus comunidades se encuentran fragmentadas y, por lo tanto, la dislocación de los individuos es más común en ellas y las adicciones se vuelven más abundantes. Sin embargo, esto no es únicamente función directa de la privación de recursos, sino de cómo estos se encuentran distribuidos, así como del rol que el individuo ocupa en su sociedad. Esto tiene importantes efectos sobre la salud y eventual mortalidad de las personas en un gradiente predicho por su nivel socioeconómico (Stringhini, y otros, 2017).

Ya relataban Pérez Tamayo (1924) y Celis Salazar (1972) que las causas de muerte en México no son las mismas entre los ricos y los pobres: “Es de aceptarse pues, que las causas de la patología frecuente en nuestro país no son predominantemente la raza, el clima, los factores ambientales genéticos; sino la pobreza, la incultura y toda una serie de factores asociados” (Celis Salazar, 1972).

El nivel socioeconómico de una persona es buen predictor de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reumatoideas y psiquiátricas, bajo peso al nacer, mortalidad infantil, mortalidad general, además de enfermedades sensibles al estrés (enfermedades del corazón, diabetes, síndrome metabólico y desórdenes psiquiátricos) (Sapolsky, 2004). La adicción también está correlacionada con un nivel socioeconómico bajo, mismo entorno donde las drogas tienden a ser más abundantes (Levy, 2013).

Éste es, por supuesto, un fenómeno que no es experimentado individualmente. Con cada paso que se desciende en la escalera socioeconómica, se van volviendo más comunes fumar y beber en exceso, obesidad, sedentarismo y dietas pobres, a la vez que se vuelve más común vivir en un vecindario violento, contaminado y sobrepoblado, en proximidad a desechos tóxicos mientras factores protectores de la salud comienzan a desaparecer, como parques y clubes de actividades saludables. De manera que vivir en la pobreza no significa solamente poca comida o de mala calidad, acceso restringido a los servicios, etc., también significa vivir en condiciones que llevan a la enfermedad (Sapolsky, 2005). De esta manera, como se ha explicado a lo largo de este trabajo, la pobreza puede estar exacerbando los

efectos perniciosos para la salud de distintos factores de riesgo, mismos que deben ser tratados como un riesgo para la salud pública (Stringhini, y otros, 2017).

Esto, de nuevo, no es explicado únicamente por el acceso diferencial a servicios de salud, pues es una constante presente también en países con medicina socializada, y aún para aquellas enfermedades cuyas incidencias no son afectadas por medidas preventivas de salud, quienes ocupan puestos menos importantes y menos remunerados tienen una mortalidad y morbilidad elevadas (Sapolsky, 2005). Esto demuestra que el factor más importante en el gradiente de mortalidad es el lugar que uno ocupa dentro de la estructura social y así es posible observar que el verdadero problema es la distancia social entre grupos y la falta de control sobre los recursos (Wilkinson & Pickett, 2011). En cualquier sociedad, el mayor número de muertes puede ser reducido al eliminar inequidades sociales (Wilkinson, 2004).

Sociedades desiguales tienen niveles más altos de violencia, mala salud física y mental (en especial depresión y desórdenes de ansiedad) y conforme se baja en la escalera social hay más obesidad, embarazos adolescentes, encarcelamientos, hay una expectativa de vida menor, mortalidad infantil elevada, menor estatura, peor estado reportado de salud, bajo peso al nacer, índices más altos de SIDA, depresión, *bullying*, bajo desempeño escolar, movilidad social reducida, bajos niveles de confianza y capital social y horarios de trabajo más largos (Pickett & Wilkinson, 2009; Wilkinson & Pickett, 2017).

Las grandes diferencias en ingresos están acompañadas por una erosión de las relaciones sociales (Wilkinson, 2004), lo cual tiene un efecto poderoso sobre la salud mental. Hay evidencia de la inequidad es un estresor independiente de las condiciones de vida. A pesar de que las condiciones materiales de los pobres de un país sean lujosas en comparación con las de otros, la experiencia de la pobreza es muy similar, ya que ser pobre en relación a otros dentro de una misma sociedad significa no poder escapar sentimientos de vergüenza, desprecio, y humillación (Sapolsky, 2005; Wilkinson & Pickett, 2017). La pobreza se manifiesta como una privación material y a menudo lleva a una salud mental y física empobrecidas, movilidad social y económica restringidas, aislamiento social y desempoderamiento,

erosiona la cohesión social y fomenta la división social y la intranquilidad política. En países donde el éxito social es juzgado por el consumo conspicuo y ganancias financieras, la pobreza puede experimentarse como un fracaso personal (Walker, y otros, 2013). La pobreza es la ausencia de los recursos mínimos para satisfacer las necesidades, restringe la habilidad de alcanzar las expectativas propias y las impuestas por la sociedad, y de ahí surge la experiencia de vergüenza, ésta siendo socialmente construida pero individualmente experimentada.

La integración y el apoyo social están fuertemente asociados con una mortalidad reducida cuando son óptimos. La primera incluye redes sociales, tamaño y calidad de las mismas, estado civil, y participación social; el segundo está relacionado con medidas funcionales de soledad y de apoyo percibido, los cuales se encuentran asociados negativamente con fumar, bajo consumo de alcohol, vacunación, ser

“Me siento bien cuando estoy en el grupo, cuando ando en los grupos recibiendo las terapias me siento bien, sé que luego no estoy sólo, estoy con los alcohólicos.”

Pedro encuentra alivio al rodearse con personas que se han sentido como él, que lo entienden y que no lo juzgan, frecuentemente otros consumidores o que lo fueron en el pasado.

físicamente activo, no ser obeso, y no estar expuesto a contaminación (Haslam, y otros, 2017). Otros factores como vida en comunidad, sentimiento de control, hostilidad y estatus social son algunos factores de riesgo psicosocial que revelan la calidad del entorno social y su influencia sobre la salud (Charlesworth, Gilfillan, & Wilkinson, 2019). La falta de amigos es un fuerte predictor de muerte temprana (Wilkinson & Pickett, 2011).

La integración a una comunidad es un paso fundamental en el proceso de recuperación de una adicción (Flanagan, 2013) y ése es el verdadero valor de los grupos de autoayuda,

darle a la persona un lugar donde pueda ser comprendida.

Gran parte de la historia humana se ha desarrollado en sociedades relativamente igualitarias. Sin embargo, hasta hace un par de siglos, dadas las limitaciones médicas y tecnológicas, esta equidad económica se encontraba muy cerca de lo que en el presente definiríamos como pobreza (Pinker, 2018). Algunos de estos

problemas fueron solucionados con el advenimiento de la modernidad, con sus inventos e instituciones, a la vez que otros nuevos problemas fueron surgiendo y creciendo, siendo uno de los que más nos aqueja la desigualdad económica. Ha sido ampliamente reportado que la inequidad ha ido incrementando en años recientes, con los más ricos controlando una cantidad desproporcionada de los recursos y sus ingresos creciendo rápidamente mientras que los más pobres controlan una cantidad ínfima y sus ingresos continúan desapareciendo (OXFAM, 2019). México ha sido históricamente un país marcado por la desigualdad (Milanovic, Lindert, & Williamson, 2010) y en tiempos recientes, el proyecto neoliberal ha contribuido aún más a su fragmentación (Laurell, 2010) ya que estas grandes brechas han contribuido a la segregación social de determinados grupos y los rasgos asociados a ellos. Históricamente la conquista y el genocidio, la usurpación material y exterminio cultural describen un proceso de fragmentación masivo, el cual no fue no exclusivo de México, sino compartido por el resto de las colonias. Las culturas tradicionales, con su sentido de significado y lugar en el universo, raramente desarrollaban adicciones, pero con la llegada de la colonia, y, subsecuentemente, de la modernidad, estas culturas fueron abandonadas y siguen siéndolo todos los días, los saberes ancestrales son olvidados, se pierde la conexión con el lugar de residencia y de cuidado por el mismo (Albrecht, y otros, 2007). La identidad de los individuos se ve transformada cuando las propias cosas que los definen pasan a ser estigmatizadas e indeseadas: ser moreno, ser bajo de estatura, hablar una lengua prehispánica, venir de un lugar con grandes tradiciones se vuelve motivo de vergüenza (COPRED, 2017). Son estas personas las que históricamente han compuesto a las poblaciones callejeras y son también las que tienen un riesgo desproporcionado de vivir en pobreza y de desarrollar depresión y trastornos de abuso de sustancias ya que, desde ese momento, ha quedado una marca indeleble que corta al tejido social. De manera más reciente, la adquisición de bienes y la ostentación de los mismos se ha convertido en un despliegue de estatus, así como un marcador de éxito social, por lo que, quienes no los poseen, son excluidos, humillados, vistos como un fracaso y producto de su propia estupidez, desidia, incompetencia, derrotismo o cualquier otra razón que mejor se apegue a la ilusión

de meritocracia del capitalismo. La diferencia en ingresos, más acentuada hoy que en ningún momento de la historia, está teniendo influencias nocivas, medibles y predecibles sobre la salud y calidad de vida de las personas.

Parece no existir un umbral de la pobreza a partir del cual la salud declina precipitadamente; la salud pobre no es consecuencia de ser pobre, sino de sentirse pobre; de que el lugar que uno ocupa en la jerarquía social se encuentre alejado del más alto y existen mecanismos sociales que hacen a unos sentirse más pobres que otros (Sapolsky, 2004). El cerebro humano procesa eventos de dominancia y sumisión que están involucrados en un amplio rango de enfermedades mentales y desórdenes de la personalidad (Wilkinson & Pickett, 2017). Para esto, resulta invaluable el estudio de las sociedades, la organización social y jerarquías de otros primates para comprender su origen y funcionamiento, ya que los hallazgos más importantes en psiquiatría biológica están basados en la homología entre la psicobiología humana y la de otros primates (Sapolsky, Alberts, & Altmann, 1997). Los individuos en distintos niveles de una jerarquía social no están igualmente estresados en todas las especies. El nivel de estrés al que están sujetos según su posición depende de características de su organización social, como son especies (Sapolsky, 2005):

- Inequidad de los recursos
- Mantenimiento de la dominancia
- Estilo de reproducción
- Estabilidad de los rangos sociales
- Estrategias para lidiar con la subordinación
- Evasión de los individuos dominantes
- Estrategias alternativas de los subordinados
- Estrés en la reproducción
- Atmósfera y cultura

Las jerarquías tienen una influencia dramática sobre la calidad de vida de un individuo. En jerarquías estables, la subordinación está asociada con muchos más estresores que la dominancia. Ésta incrementa el riesgo de enfermedades

relacionadas al estrés (Sapolsky, 2004); los subordinados deben trabajar más duro por el alimento, están más expuestos a la depredación, son el escape de conductas agresivas de individuos dominantes y suelen tener menor apoyo social, sobre todo en grupos donde no tienen familiares consanguíneos (Abbott, y otros, 2003). Estos datos son corroborados a nivel endócrino por el nivel de cortisol y a nivel social por el número de derrotas que un individuo experimenta en su cotidianidad, así como por cuántos individuos muestran preocupación por él.

En jerarquías sin movilidad, como en las que cada individuo hereda el rango de uno de sus padres, los individuos dominantes tienen menos interacciones agresivas, ya que no está en disputa su posición. Éstos también tienen control sobre los recursos y numerosas fuentes de apoyo social mientras los subordinados tienen interacciones agonistas desfavorables, están sujetos a ser desplazados y a que sus interacciones sociales sean interrumpidas por individuos dominantes (Sapolsky, Alberts, & Altmann, 1997). Los animales dominantes también tienen una mayor expresión de receptores D2 de dopamina y tienen un consumo menor de drogas en entornos de laboratorio (Volkow, Fowler, & Wang, 2003).

Es de notar que los individuos expuestos a estresores tienen respuestas mucho más moderadas si tienen alguna forma de control sobre la situación. El liderazgo está asociado con bajos niveles de cortisol y ansiedad, sobre todo si el número de subordinados es elevado (Sapolsky, 2012).

Las razones por las que los subordinados desarrollan perfiles patogénicos de estrés y sus subsecuentes problemas de salud se deben al estrés psicosocial experimentado a consecuencia de su rango y su significado expresado a través de (Sapolsky, 2012):

- Falta de predictibilidad
- Falta de control
- Falta de salidas para la frustración
- Falta de apoyo social

Es importante recordar que estas también han sido identificadas como causas del estrés crónico y depresión (Hari, 2018; Sapolsky, 2003)

Los humanos tienen el sistema de subordinación más corrosivo de todos: el estado socioeconómico, el cual afecta, como ya se ha mencionado, cada nivel de salud, desde desórdenes psiquiátricos hasta envejecimiento prematuro (Sapolsky, 2004; Wilkinson & Pickett, 2017). A partir de cierto nivel, las diferencias en salud entre los estratos sociales no pueden explicarse por la exposición a riesgos y el acceso a servicios, sino que más bien son mediadas por el estrés psicológico de un bajo estatus socioeconómico (Sapolsky, 2016). Independientemente del género, la edad, el acceso a servicios o el tipo de gobierno, los individuos que viven en pobreza tienen peor salud. El desarrollo de clases sociales, estratificación y la misma pobreza son relativamente recientes en la historia de nuestra especie. Esto sugiere que nada en el mundo de la sociabilidad no humana tiene un efecto que permea tanto la subordinación como la invención de la pobreza (Sapolsky, 2004).

“No tengo a mi familia, no tengo a mis hijos. Veo a las parejas allá afuera y a las familias con sus hijos y me deprimó, quiero mandar todo a la goma. Luego me quiero suicidar (...) Luego voy con la ira, el miedo (...) cómo vi que mi familia se fue desintegrando poco a poco.”

–Pedro, acerca de cómo tiene que lidiar diariamente con el recordatorio diario de todo lo que ha perdido.

La ausencia de afiliación social óptima, como la subordinación y el aislamiento, se encuentra relacionada con niveles basales de hipercortisolismo. Es un fenómeno ampliamente observado entre primates no humanos. El aislamiento social representa un alto riesgo de mortalidad y otras enfermedades mientras que la proximidad social y la afiliación han demostrado reducir la respuesta adrenocortical a estresores en primates y en roedores, lo que sugiere que la sola ausencia de estas relaciones puede volver al individuo vulnerable a los efectos del estrés (Sapolsky, Alberts, & Altmann, 1997). El aislamiento social posa un alto riesgo para la salud; los individuos

socialmente desintegrados tienen peor salud física, psicológica y es probable que mueran antes que individuos integrados psicosocialmente. Esto significa que la dislocación presenta un riesgo para la salud comparable con fumar, ser obeso, tener hipertensión y ser físicamente inactivo (Haslam, y otros, 2017).

En conjunto, las experiencias cotidianas de derrota social y el consecuente apartamiento de los claros perdedores en el sistema neoliberal componen la parte más dolorosa de la vida en la calle. Ver a diario personas más privilegiadas, cuyo punto de partida económico y social les da una ventaja inalcanzable en una sociedad que valora sólo al que consume, ser el blanco constante de humillaciones y violencia, no tener ninguna clase de control sobre los eventos que suceden, con redes sociales que no proveen el apoyo necesario y sin otros escapes a la frustración que el uso de drogas, la adicción es, sino una consecuencia inevitable, al menos una prácticamente esperada.

“Para no sentir la soledad... no sentirte rechazada... con eso [consumir activo] olvido todo lo que me está pasando o su rechazo de la demás gente”.

Laura encuentra un escape de su dolor social en las propiedades disociativas de los inhalables.

Como indica la Encuesta de Discriminación (COPRED, 2017), las principales causas de discriminación en México son bajo nivel educativo, preferencias sexuales, color de la piel, clase social, pobreza, discapacidad, situación económica, por apariencia o por ser *indígena*. Si bien no todas estas causas están presentes en nuestra muestra y el vivir en las calles no es de las primeras causas de discriminación, éstas no son ajenas a las condiciones de vida de muchos otros

pobladores callejeros de CDMX y no son categorías excluyentes, es decir, una misma persona puede ser discriminada por más de una causa y es lo que comúnmente ocurre. Cargar esta clase de estigma impide la formación de vínculos con otras personas, contribuyendo al aislamiento y la dislocación ya que la discriminación está asociada con faltas de respeto, desigualdad, maltrato, y humillaciones (COPRED, 2017).

Como especie, estamos constantemente en la búsqueda por estatus y reconocimiento, y cuando estos dependen del dinero y del consumo de bienes, como en las sociedades de libre mercado, los pobres terminan al fondo de la jerarquía, donde abundan todas las formas dañinas de estrés. Esto se debe, sobre

todo a una falta de poder sobre la propia vida y, por lo tanto, una falta de predictibilidad sobre lo que sucede en el entorno.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES: HACIA UNA REDEFINICIÓN DEL TRABAJO EN CALLE



Ilustración 12. Artesanía de papiroflexia hecha por un artista callejero

El modelo socioecológico aquí presentado pretende revalorizar al ser humano en su esencia como ser social y cultural, y atiende al problema de las drogas como un fenómeno multidimensional (Pons Diez, 2008). Dada su complejidad, y a la luz de la evidencia expuesta, el paradigma médico/psiquiátrico de la adicción, que ubica su causa en la administración repetida de una sustancia de abuso que tiene propiedades especiales que pueden modificar al cerebro, resulta insuficiente para comprenderlo. Es imperativo tomar en cuenta los eventos por los que la persona ha pasado y el contexto histórico-cultural en el que la adicción se desarrolla. De esta manera, para poder estudiar apropiadamente el fenómeno de la adicción, es necesaria la reinclusión de las ciencias sociales y las humanidades para la elaboración de un nuevo paradigma: la psicología social, la historia, la filosofía, la economía, la sociología, entre otras (Alexander, 2014). Esto no es demeritar los valiosos y bien intencionados esfuerzos en las áreas de psiquiatría y neurobiología, sino es incluirlas dentro de un marco teórico más amplio. Los tratamientos, por lo tanto, no pueden salir de un molde común ni tampoco se puede obviar sobre las causas que llevan a personas con trayectorias diferentes a consumir en exceso. Si comprendemos la adicción como una entidad psicobiológica con componentes conductuales y sociales o contextuales, nuestras estrategias para lidiar con ella deben incluir elementos biológicos, conductuales y sociales o contextuales (Leshner, 1997; Becker, McClellan, & Glover Reed, 2017). Entender esta relación de retroalimentación entre el sujeto y su entorno, fundamenta la trascendencia de la dimensión individual del problema hacia una social, de salud y seguridad públicas (Ruiz Coronel A. , 2011). En los Anexos se incluye una propuesta simple del modelo socioecológico de la adicción a solventes en población callejera.

Como explica Bourgois (1995), es necesario desafiar y transformar el sentido común que acostumbra culpar a las víctimas de sus fracasos y que es incapaz de concebir soluciones para los problemas estructurales fuera del marco individualista. Las políticas destinadas a remediar síntomas individuales de la miseria social, en vez de apuntar a las fuerzas materiales y políticas que originan las condiciones de vida de las familias empobrecidas no tendrán éxito a largo plazo. De no revertirse el crecimiento exponencial de la pobreza y la segregación, los crueles síntomas del

apartheid urbano continuarán produciendo números descomunales de adictos, criminales violentos y personas emocionalmente discapacitadas. “Estos jóvenes representan la máxima expresión del individualista que se enfrenta valerosamente a una frontera impredecible en la que la fortuna, la fama y la destrucción se encuentran a la vuelta de la esquina, un área incierta donde el enemigo se persigue y se asesina sin piedad ni misericordia.” (Bourgois, 1995, pp 320) Lo único que permite que este sistema siga funcionando, es que los adictos y los delincuentes callejeros interiorizan la furia y la desesperación que albergan, y dirigen la brutalidad contra sí mismos y contra la comunidad que los acoge en vez de arremeter contra sus opresores estructurales.

Los instrumentos psicométricos han estado bajo el escrutinio desde su concepción. Suelen ser herramientas útiles y eficaces para identificar un trastorno o la habilidad de una persona en determinada tarea, pero reducir la complejidad de una conducta como la adicción a un coeficiente limita severamente su comprensión y el tratamiento adecuado para la misma. La educación y la culturización juegan papeles importantes para los respondientes y muchas de estas pruebas se realizan a poblaciones para las que no están normalizadas. Por desgracia, estos instrumentos siguen siendo de uso común para el diagnóstico, pero esto aliena y aísla a quienes no fueron tomados en cuenta al momento de su estandarización. Además, estas pruebas contribuyen al paradigma de que la enfermedad, la adicción en este caso, se encuentra en la persona y no en la sociedad que la rodea.

El capitalismo y la modernidad han revolucionado de manera nunca antes vista la manera en la que las personas viven e interactúan (Pinker, 2018). La globalización y otras de sus herramientas han creado un mundo con pequeñas islas en las que la pobreza, el hambre, la enfermedad y otros males que nos han asediado desde siempre han prácticamente desaparecido. Sin embargo, se está haciendo tarde para reconocer los costos que esto tiene para los más desaventajados y para los ecosistemas de los que nos nutrimos. La modernidad y su carácter secular han creado un vacío en la vida de millones de personas que sólo una adicción ha podido llenar; un dolor que sólo han conseguido paliar con ayuda de una droga o alguna

otra persecución descontrolada (Maté, 2010). Esta búsqueda de sentido y significado es una que no puede solucionarse con más riqueza, acumulación, consumo, o tecnología, sino con la interacción recompensante con otros y llevando una vida de la que nos sintamos satisfechos y orgullosos. Entre más grande sea la distancia entre el modo de vida que como especie debemos llevar (definición ambigua y ampliamente debatida) y el moderno, la crisis ambiental, la adicción, depresión, obesidad, y otros males que aquejan a la sociedad moderna, e hipermoderna (Lipovetsky, 1983), continuarán incrementando dondequiera que exista una sociedad fragmentada, en la que la gente es arrancada de la familia, la cultura y la espiritualidad tradicional, pilares de la vida premoderna (Alexander, 2010). Es necesario encontrar un modo de vivir que pueda conciliar las ventajas y los costos de la modernidad.

Autores como Dunbar (2009) han situado la complejización las interacciones sociales como una de las presiones selectivas más fuertes sobre el desarrollo del cerebro humano. Esto, sumado a nuestra hipersocialidad y al estilo de vida gregario que llevan nuestros parientes cercanos, es un claro indicador de que la tarea individualizadora de la modernidad y de la competencia en vez de cooperación del capitalismo neoliberal atentan contra nuestra propia naturaleza social de depender de otros. No es de extrañarse que el aislamiento y la soledad tengan efectos perjudiciales para nuestra salud además de ser experiencias insufribles, indistinguibles del sufrimiento físico, aun si el rechazo proviene de personas desconocidas o ajenas a nuestra comunidad (MacDonald & Leary, 2005). Por esta razón, a lo largo de la historia, la privación del contacto con otras personas o con una comunidad se haya usado como uno de los máximos castigos.

La meritocracia es un mito que permea profundamente la sociedad neoliberal. Consiste en la ilusión de que todos cuentan con las mismas oportunidades para alcanzar el éxito, como quiera que éste se defina, aunque siempre es en términos económicos para las sociedades de libre mercado. Las personas que se encuentran en pobreza, las que no se realizan o que no cumplen sus metas, sólo pueden culparse a ellas mismas por no desearlo lo suficiente, por no trabajar lo

suficientemente duro, por no ser lo suficientemente inteligentes, capaces o por no creer en ellas mismas. En este trabajo se ha expuesto evidencia de que la pobreza, el estrés y la violencia pueden dejar cicatrices que atraviesan generaciones enteras y que son medibles objetivamente (Maté, 2010). Nuestros sistemas de justicia, igual que la meritocracia, parten de la idea de que todos somos iguales y ésta es, irónicamente, la verdadera injusticia. Personas cuya historia personal o familiar se ha desarrollado en la adversidad extrema, tienen cerebros que funcionan diferente, glándulas más reactivas, etc. Es urgente una revisión a consciencia de los parámetros de salud mental en materia de justicia, pues no todos los cerebros tuvieron la oportunidad de desarrollarse igual. Esto no es hacer una apología de quienes transgreden las normas por tener una enfermedad o ser adictos, es una bandera roja que indica quiénes necesitan ayuda urgentemente pues tienen mayores dificultades para adaptarse a la sociedad que les rodea.

- *¿Qué te hace sentir triste?*
- *“Que no estoy con mi familia, que no tengo amigos.” –Maya*

La adicción sirve para apartar a la persona de la depresión y del suicidio, distraerla del vacío y sinsentido de su vida, en cierta medida y durante cierto tiempo. La abstinencia, como solución radical, es inalcanzable para quien la droga es la única fuente de recompensa que ha experimentado en tiempos de crisis, que en ocasiones duran toda la vida. Si nuestro trato hacia el adicto continúa acrecentando su dislocación, éste nunca podrá curarse y si nuestras terapias lo apartan del contexto en el que normalmente se desarrolla y más tarde lo lanzan de regreso, a la larga serán inefectivas. Deben encontrarse maneras que validen la trayectoria y experiencias de esa persona, no que la hagan olvidarse o negarse a sí misma, sino que le permitan crecer más allá de la adicción.

A lo largo de esta investigación y de las experiencias vividas en la calle, surgen las más diversas historias de vida y razones que desembocan en el consumo. Y, aunque a primera vista las causas parecieran ser iguales, no lo son. Es necesario repensar la relación de las personas con las drogas, sustancias que hemos ocupado desde hace milenios y que incluso otras especies utilizan (Hagen, Roulette, &

Sullivan, 2013). No todas las sustancias son iguales, así como las vías de administración, prácticas rituales, etc. El uso de sustancias es polifacético y multicausal. Mientras que la adicción es provocada por las circunstancias ya expuestas, se pueden usar drogas por un sinnúmero de razones y, en su mayoría, su uso no progresará hacia desenlaces perjudiciales. Es importante nunca olvidar el potencial hedónico y recreativo de las sustancias en la relación sana que la mayoría de las personas tiene con ellas. Políticas de prohibición, el estigma asociado a prácticas tradicionales y la guerra contra las drogas particularmente, demuestran las consecuencias devastadoras que puede tener la estrechez de pensamiento en materia de uso de sustancias psicoactivas.

La adicción no es una enfermedad cerebral. La adicción es un proceso de adaptación a una sociedad enferma; es una serie de aprendizajes que intentan llenar el vacío existencial del individuo, son conductas que le otorgan un propósito, un significado y una identidad. No son cerebros ni genes los que se vuelven adictos; la adicción es un desorden que se padece socialmente, pero se manifiesta a nivel personal, y no sólo eso, sino que es un desorden propio de un determinado mundo social. Sin embargo, no debe olvidarse que las personas tienen cerebros y genes y por eso también es importante comprender cómo funcionan (Flanagan, 2013).

La adicción puede ocurrir a cualquier nivel socioeconómico, pero la vida en la calle es la fórmula perfecta para generarla, con su permanente estado de estrés, pobres relaciones interpersonales, poca movilidad social, altos niveles de violencia y desigualdad y un escape fácilmente obtenible: la droga. Pero es de notar, que aún aquí, no todos los individuos son adictos y algunos de los que sí lo son, logran rehabilitarse, en ocasiones por su cuenta.

La hipótesis de este trabajo se comprueba sólo parcialmente. El daño provocado por el consumo de solventes inhalables es extenso y severo y parece la consecuencia inevitable del estilo de vida en calle, pues la vuelve, si no soportable, al menos más llevadera. La pérdida de las relaciones sociales cercanas, la pobreza y un pasado lleno de violencia son comunes para todos los participantes, pero en la calle también han encontrado apoyo, amistades y parejas y no hay razones para

asegurar que estas relaciones sean necesariamente de menor calidad que las que se tienen fuera de la calle. Las adicciones de algunos los llevan al punto extremo de aislarse por completo y no hacer otra cosa que intoxicarse, en cuyo caso la muerte no suele estar lejos, pero, para la mayoría, las drogas y la calle construyen una comunidad alternativa, muy otra para quien la ve desde fuera, pero que puede llenar la vida de la persona con propósito y significado, dándole un lugar y una identidad.

Es necesario contemplar la vida en calle, con sus pocos pros y sus muchos contras para reconocer que, aún frente las situaciones más adversas, la esperanza prevalece, a veces en la forma de Dios, pero más frecuentemente en la forma del apoyo comunitario. Las calles de Ciudad de México son un lugar que a veces da miedo y huele mal, donde a diario ocurren robos, violaciones y asesinatos y donde nacen, crecen y mueren personas todos los días. Pero a pesar de esto, las vidas de quienes ahí habitan son dignas y merecen ser vividas. Desde la perspectiva personal, la calle es un estilo de vida legítimo, si la persona así lo decide. Deben garantizarse los medios para que quien desee abandonarla sea capaz de hacerlo y para que sean respetados los derechos humanos inalienables de quien decida permanecer. Debemos redefinir la calle no ya sólo como un espacio de transición, sino como un espacio en su propio derecho, con cultura y prácticas propias, un espacio donde hay gente que vive y que muere.

Mi trabajo, y el de quien se quiera dedicar a estudiar la calle y quienes la habitan, nunca debe ser guiado por la lástima mirando a esa otredad desaventajada hacia abajo, debe ser de reconocimiento por quienes han atravesado tanto sufrimiento y han sobrevivido, que han encontrado maneras alternativas para existir a las del sistema dominante, de entendimiento por quienes han aprendido que la violencia es característica de los fuertes y la amabilidad de los débiles, no de paternalismo y asumir un rol de salvador o de maestro sino de respeto frente a la autonomía del otro y debe ser de suma paciencia y perseverancia. No es, en esta sociedad, lo suficientemente valorada la escucha sin juzgar al otro y su enorme valor terapéutico y, finalmente, también es una tarea de reconocimiento del callejero como persona, del adicto como persona, del criminal como persona, de la trabajadora sexual como

persona, porque sólo reconociéndonos a través del otro podemos entendernos y sólo a través de extender la mano para levantar al otro se puede aliviar su adicción. No pretendo dar una apología de sus faltas, pero sí una explicación de ellas. Lo que pretendo no es que se les perdone, sino que se les comprenda.

Con el transcurso de los años, se vuelve apremiante el estudio de fenómenos desconocidos como nuevas generaciones ya no expulsadas, sino nacidas en la calle (Paredes González, 2018) y otras envejeciendo en las mismas. También el consumo de drogas, en particular las lipofílicas como los solventes, debe ser estudiado teniendo en cuenta las diferencias biológicas de los sexos y las ineludibles diferencias culturales entre géneros (Becker, McClellan, & Glover Reed, 2017). Estas son sólo algunas de las direcciones que puede tomar la investigación del aún muy desconocido mundo de la calle.

La naturaleza del cerebro es plástica. Éste cambia y se adapta según las circunstancias y necesidades. Si es verdad que el estrés, la violencia y la adicción pueden obligar al cerebro a cambiar, también el cariño, la amistad y la comunidad pueden hacerlo.

*“Me acuerdo de cuando
jugaba con mis niñas (...) por
eso no me tiro al alucín.”*

–Laura



Ilustración 13. Preparando la comida en la Candelaria (Paredes González, 2018)

REFERENCIAS

- Abbott, D., Keverne, E., Bercovitch, F., Shively, C., Mendoza, S., Saltzman, W., . . . Sapolsky, R. (2003). Are subordinates always stressed? A comparative analysis of rank: Differences in cortisol levels among primates. *Hormones and Behavior*, 67-82.
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 188-196.
- Albrecht, G., Sartore, G.-M., Connor, L., Higginbotham, N., Freeman, S., Brian Kelly, B., . . . Pollard, G. (2007). Solastalgia: the distress caused by environmental change. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*.
- Alexander K., B., & Schweighofer R. F., A. (1988). Behavioural Addictions. *Canadian Journal of Psychology*, 151-163.
- Alexander, B. K. (1987). THE DISEASE AND ADAPTIVE MODELS OF ADDICTION: A FRAMEWORK EVALUATION. *Journal of Drug Issues*, 47-66.
- Alexander, B. K. (2000). The Globalization of Addiction. *Addiction Research*, 501-526.
- Alexander, B. K. (2001). The Roots of Addiction in Free Market Society. *Canadian Centre for Policy Alternatives*.
- Alexander, B. K. (2010). *A change of venue for addiction: From medicine to social science*. Retrieved from <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/176-change-of-venue-1>
- Alexander, B. K. (2010). *The Globalization of Addiction: A study on the poverty of the spirit*. New York: Oxford University Press.

- Alexander, B. K. (2012). *Addiction: The Urgent Need for a Paradigm Shift. Substance Use & Misuse*, 1475-1482.
- Alexander, B. K. (2014). <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/dislocation-theory-addiction/241-rise-and-fall-of-the-official-view-of-addiction-5>.
- Alexander, B. K. (2014). *Rise and fall of the Official View of Addiction*. Retrieved from <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/dislocation-theory-addiction/241-rise-and-fall-of-the-official-view-of-addiction-5>
- Alexander, B. K. (2015). *Addiction, Environmental Crisis, and Global Capitalism*. Retrieved from <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/ecological-issues/addiction,-environmental-crisis,-and-global-capitalism>
- Alexander, B. K. (2015). *Healing Addiction Through Community: A Much Longer Road Than it Seems?* Retrieved from <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/healing-addiction-through-community-a-much-longer-road-than-it-seems2>
- Alexander, B. K. (2017). *Addiction: Hopeful Prophecy from a Time of Despair*. Retrieved from <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/dislocation-theory-addiction/290-addiction-a-hopeful-prophecy-from-a-time-of-despair-2>
- Alexander, B. K. (2017). *Drug Legalization and Regulation*. Retrieved from <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/drug-legalization-and-regulation>
- Alexander, B. K. (2017). <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/drug-legalization-and-regulation>.
- Alexander, B. K., & Wong, L. S. (2010). *The Myth of Drug-Induced Addiction*. Retrieved from <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/demon-drug-myths/164-myth-drug-induced>

- Alexander, B. K., Beyerstein, B. L., Hadaway, P. F., & Coombs, R. B. (1981). Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *PHARMACOLOGY BIOCHEMISTRY AND BEHAVIOR*.
- Ardila, A., Ostrosky-Solis, F., Rosselli, M., & Gomez, C. (2000). Age related cognitive decline during normal aging: The complex effect of education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 495-514.
- Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2011). Addiction as a Systems Failure: Focus on Adolescence and Smoking. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 329-339.
- Balster, R. L., Cruz, S. L., Howard, M. O., Dell, C. A., & Cottler, L. B. (2008). Classification of abused inhalants. *Addiction*, 878-882.
- Banco Mundial*. (2017). Retrieved from <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
- Becker S, H. (1953). Becoming a Marihuana User. *The American Journal of Sociology*, 235-242.
- Becker, J. B., McClellan, M., & Glover Reed, B. (2017). Sociocultural Context for Sex Differences in Addiction. *Addict Biol*.
- Beckley, J. T., & Woodward, J. J. (2013). Volatile Solvents as Drugs of Abuse: Focus on the Cortico Mesolimbic Circuitry. *Neuropsychopharmacology*.
- Benjet, C., Borges, G., Medina Mora, M. E., & Méndez, E. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 85-91.
- Borges, G., Cherpitel, C. J., Orozco, R., Zemore, S. E., Wallisch, L., Lynn, . . . Breslau, J. (2016). Substance Use and Cumulative Exposure to American Society: Findings From Both Sides of the US–Mexico Border Region. *AJPH*.
- Bourgois, P. (1995). *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*.
- Brian E. Perron, B. E., & Howard, M. O. (2009). Adolescent inhalant use, abuse and dependence. *Addiction*, 1185-1192.

- Campos Vázquez, R. M. (2016). Promoviendo la Movilidad Social en México: Informe de Movilidad Social 2015. *El Colegio de México*.
- Castelli, V., Escalante, L., & Méndez Rojas, E. (2018). *Antropología de la calle: Poblaciones callejeras, sus problemáticas y estrategias de sobrevivencia*. CDMX: Fundación Carlos Slim-Fundación del Centro Histórico.
- Castelli, V., Méndez Rojas, E., & Escalante García, L. (2018). *Antropología de la Calle: Poblaciones callejeras, sus problemáticas y estrategias de vida*. Ciudad de México: Fundación del Centro Histórico.
- Celis Salazar, A. (1972). Patología de la pobreza. *Salud Pública de México*.
- Charlesworth, S. J., Gilfillan, P., & Wilkinson, R. (2019). Living Inferiority. *British Medical Bulletin*, 49-60.
- Cole, D. A., Warren, D. E., Dallaire, D. H., Lagrange, B., Travis, R., & Ciesla, J. A. (2015). Early Predictors of Helpless Thoughts and Behaviors in Children: Developmental Precursors to Depressive Cognitions. *SAGE Clinical Child Psychology and Psychiatry*.
- COPRED. (2017). *Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México 2017*. Retrieved from <https://copred.cdmx.gob.mx/publicaciones/edis-2017>
- Cruz, S. L., Rivera-García, M. T., & Woodward, J. J. (2014). Review of toluene action: clinical evidence, animal studies and molecular targets. *J Drug Alcohol Res*.
- D'Ávila Viana, A. L., & Pacifico da Silva, H. (2018). Neoliberal meritocracy and financial capitalism: consequences for social protection and health. *Ciênc. saúde coletiva*.
- Davis H., M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalogue of Selected Documents in Psychology*.
- Dunbar, R. (2009). The Social Brain Hypothesis. *Evolutionary Anthropology*.

- Dykiert, D., Der, G., Starr, J., & Deary, J. I. (2016). Why is Mini-Mental state examination performance correlated with estimated premorbid cognitive ability? *Psychological medicine*, 2647-2654.
- Echeverría, S. V., Ruiz, T. G., Salazar, G. M., & Tiburcio, S. M. (2004). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Eckersley, R. M. (2005). Cultural fraud': the role of culture in drug abuse. *Drug and Alcohol Review*, 157-163.
- Felitti, V. J. (2003). The Origins of Addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experiences Study. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med*.
- Fendrich, M., Mackesy-Amiti, M. E., Wislar, J. S., & Goldstein, P. J. (1997). Childhood Abuse and the Use of Inhalants: Differences by Degree of Use. *American Journal of Public Health*.
- Flanagan, O. (2013). The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*.
- Foster, H., & Brooks-Gunn, J. (2011). Effects of Physical Family and Community Violence on Child Development. *Encyclopedia of Childhood Development*.
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C., & Dunlop, A. (2016). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*.
- Gigengack, R. (2000). La banda de Gari: The street community as a bundle of contradictions and paradoxes. *Focaal*, 117-142.

- Gigengack, R. (2008). Critical Omissions. How the Street Children Studies Could Address Self-Destructive Agency. *Research with Children: Perspectives and Practices*, 205-219.
- Gigengack, R. (2012). The Buca boys from Metro Juárez: Leadership, gender and age in Mexico City's youthful street culture. *Etnofoor*, 101-124.
- Gigengack, R. (2013). The chemo and the mona: Inhalants, devotion and street youth in Mexico City. *International Journal of Drug Policy*.
- Gigengack, R. (2014). La banda y sus choros. *Salud Mental*.
- Gigengack, R. (2014). My body breaks, I take the solution. *Drug Policy*.
- Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu.
- Gomez Plata, M., Manero Brito, R., Soto Martínez, A., & Villamil Uriarte, R. (2003). El mundo de la calle: Consideraciones metodológicas de un proyecto. *Anuario de Investigación UAM X*, 264-276.
- Gong, Y., Palmer, S., Gallacher, J., Marsden, T., & Fone, D. (2015). A systematic review of the relationship between objective measurements of the urban environment and psychological distress. *Environment International*.
- González, B. (2013). RECOMENDACIONES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA USO DE SOLVENTES E INHALANTES. *Espolea*.
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Guerra, N., & Dierkhising, C. (2011). The effects of community violence on child development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-6.
- Hagen, E. H., Roulette, C. J., & Sullivan, R. J. (2013). Explaining human recreational use of 'pesticides': the neurotoxin regulation model of substance use vs. the hijack model and implications for age and sex differences in drug consumption. *Frontiers in Psychiatry*.
- Hari, J. (2018). *Lost Connections*. Londres: Bloomsbury.

- Hart, C. (2013). *High Price*. Nueva York: Harper Perennial.
- Haslam, A. S., McMahon, C., Cruwys, T., Haslam, C., Jetten, J., & Steffens, N. K. (2017). Social cure, what social cure? The propensity to underestimate the importance of social factors for health. *Social Science and Medicine*.
- Heather, N. (2017). Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. *Neuroethics*, 115-124.
- Heyman, G. M. (2013). Addiction and choice: theory and new data. *Frontiers in Psychiatry*.
- Heyman, G. M. (2016). Do addicts have free will? An empirical approach to a vexing question. *Addictive Behavior Reports*, 85-93.
- Hidaka, B. H. (2011). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 205-214.
- Howard, M. O., Perron, B. E., Vaughn, M. G., Bender, K. A., & Garland, E. (2010). Inhalant Use, Inhalant-Use Disorders, and Antisocial Behavior: Findings From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *JOURNAL OF STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS*, 201-209.
- INEGI. (2017). *INEGI*. Retrieved from <https://www.inegi.org.mx/>
- Johnstone, M., Jetten, J., Dingle, G. A., Parsell, C., & Walter, Z. C. (2015). Discrimination and well-being amongst the homeless: the role of multiple group membership. *Frontiers in Psychology*.
- Kellogg, C., & Morton, N. (2010). *BETA III*. Manual Moderno.
- Kellogg, C. E., & Morton, N. W. (1999). *Beta III*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Kerridge, B. T., Saha, T. D., Smith, S., Chou, P. S., Pickering, R. P., Huang, B., . . . Pulay, A. J. (2011). Dimensionality of Hallucinogen and Inhalant/Solvent Abuse and Dependence Criteria: Implications for the Diagnostic and

- Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition. *Addictive Behavior*, 912-918.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 217-238.
- Laurell, A. C. (2010). Three decades of neoliberalism in Mexico: The destruction of society. *International Journal of Health*, 246-264.
- Leach, J. (2018). 'Give-up-itis' revisited: Neuropathology of extremis. *Medical Hypotheses*, 14-21.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science*.
- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry*.
- Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire*. Nueva York: Public Affairs.
- Lewis, M. (2016). Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics*.
- Lewis, M. (2018). Brain Change in Addiction as Learning, Not Disease. *The New England journal of medicine*, 1551-1560.
- Lipovetsky, G. (1983). *La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- López Pérez, R., & Barragán Rodríguez, L. (2012). CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE UN ESPACIO PÚBLICO EN LA CIUDAD DE MÉXICO: LA PLAZA ZARCO Y SUS JÓVENES. *Nueva Antropología*.
- Losantos, M., Berckmans, I., Pieters, S., Dómica, J., & Loots, G. (2015). Resistiendo la exclusión: El significado del uso de inhalantes en diferentes contextos en jóvenes en situación de calle de la ciudad de La Paz. *Ajayu*.
- Lubman, D., Yu"cel, M., & Lawrence, A. (2008). Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. *British Journal of Pharmacology*, 316-326.

- Lucchini, R. (1996). *Niño de la calle. Identidad, Sociabilidad, Droga*. Barcelona: Los Libros de la Frontera.
- Lynch, M. (2003). Consequences of Children's Exposure to Community Violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 265-274.
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain. *Psychological Bulletin*, 203-223.
- Maggioncalda, A. N., & Sapolsky, R. M. (2002). Disturbing behaviors of the orangutan. *Scientific American*, 60-65.
- Maggioncalda, A. N., Czekala, N. M., & Sapolsky, R. M. (2002). Male Orangutan Subadulthood: a new twist on the relationship between chronic stress and developmental arrest. *American Journal of Physical Anthropology*, 25-32.
- Makowski Muchnik, S. (2015). Ciudadanos Invisibles. *Defensor*.
- Marín Navarrete, R., Szerman, N., & Ruiz, P. (2017). *Monografía sobre patología dual: co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*. Ciudad de México: INPRM, IAPA.
- Martínez Vélez, N. A., Sánchez Hernández, G. Y., Vázquez Pérez, L., & Tiburcio Sainz, M. A. (2016). Las aportaciones de 40 años de investigación epidemiológica en México sobre consumo de solventes inhalables. *Salud Mental*, 85-97.
- Maté, G. (2010). *In the Realm of Hungry Ghosts: Close encounters with addiction*. Berkeley, California: North Atlantic Books .
- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Bioethical Inquiry*, 275-286.
- Maxmen, A. (2019). The devastating biological effects of homelessness. *Nature*.
- Medina Mora, M. E., & Castro, E. (1984). El uso de inhalantes en México. *Salud Mental*.

- Medina-Mora, M. E., & Real, T. (2008). Epidemiology of inhalant use. *Current Opinion in Psychiatry*, 247-251.
- Medina-Mora, M. E., Gutierrez, R., & Vega, L. (1997). What Happened to Street Kids? An Analysis of the Mexican Experience. *Substance Use & Misuse*, 293-316.
- Medina-Mora, M. E., Rafful, C., Villatoro Velázquez, J. A., Oliva Robles, N., Bustos Gamiño, M., & Midiam, M. (2015). Diferencias sociodemográficas entre usuarios de inhalables, usuarios de otras drogas y adolescentes no consumidores en una muestra mexicana de estudiantes. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6-15.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Fleiz, C., Domínguez, M., & Cruz, S. L. (2014). Challenges to Neuroscience and Public Policy Derived from New Trends and Patterns of Inhalant Misuse. *Journal of Drug and Alcohol Research*.
- Mercadillo, R. E., Mosco Aquino, R., & Páez Martínez, N. (2019). Physical exercise and social interaction in complex environments reverse memory deficits induced by inhalants. *Adaptive Behavior*.
- Milanovic, B., Lindert, P. H., & Williamson, J. G. (2010). PRE-INDUSTRIAL INEQUALITY. *The Economic Journal*, 255-272.
- Montero, M. (1987). La psicología social comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 387-400.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires. Argentina: Editorial Paidós.
- Mora Ríos, J., Ortega Ortega, M., & Medina Mora, M. E. (2016). Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. *Drug Use and Misuse*.
- Morais, J., & Kolinsky, R. (2000). Biology and Culture in the Literate Mind. *Brain & Cognition*, 47-49.

- Murrieta, P. (2009). The Process of Permanence on the Streets. Street Children in Mexico City*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 821-834.
- Navarro, V. (2007). NEOLIBERALISM AS A CLASS IDEOLOGY; OR, THE POLITICAL CAUSES OF THE GROWTH OF INEQUALITIES. *International Journal of Health Services*, 47-62.
- NIDA. (2012). *Inhalants*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/inhalants/what-are-short-long-term-effects-inhalant-use>
- NIDA. (2018). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>
- Nowack, K. M. (2002). *Perfil de Estrés*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- OECD. (2019). *Income inequality (indicator)*. Retrieved from doi: 10.1787/459aa7f1-en (Accessed on 23 January 2019)
- Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of comparative physiological psychology*, 419-427.
- Ortiz Castro, A., Domínguez García, M. J., & Palomares Calderón, G. (2015). El consumo de solventes inhalables en la festividad de San Judas Tadeo. *Salud Mental*.
- Ortiz Castro, A., Domínguez García, M. J., Palomares Calderón, G., & Medina Mora, M. E. (2017). Activo distribution and paraphernalia among "street children". *Salud Mental*, 165-170.
- Ortiz Ospina, E., & Roser, M. (2019). *Homelessness*. Retrieved from <https://ourworldindata.org/homelessness>

- Ostrosky Solís, F., Ardila, A., & Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 413-433.
- Ostrosky-Solís, F., & Lozano Gutiérrez, A. (2012). Factores Socioculturales en la Valoración Neuropsicológica. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 43-50.
- Ostrosky-Solís, F., Lozano Gutiérrez, A., & Gómez Pérez, M. (2010). Cultura, escolaridad y edad en la valoración neuropsicológica. *Revista Mexicana de Psicología*, 285-291.
- Our World in Data*. (n.d.). Retrieved from <https://ourworldindata.org/country/mexico>
- OXFAM. (2019). *Public good or private wealth?* UK: Oxfam GB.
- Paredes González, L. (2018). *Libertad en tolueno Una experiencia de nacer, crecer, vivir y sobrevivir en la calle*. CDMX: ENAH.
- Pickard, H. (2012). The Purpose in Chronic Addiction. *AJOB Neurosci*, 40-49.
- Pickard, H. (2016). Denial in Addiction. *Mind and Language*, 277-299.
- Pickard, H. (2017). Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics*, 169-180.
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2009). Greater equality and better health. *BMJ*, 1154-1155.
- Pinker, S. (2018). *Enlightenment Now: The case for reason, science, humanism and progress*. UK: Allen Lane.
- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLIS*, 157-186.
- Rengel Morales, D. (2005). Social construction of the 'Other': Stigma, prejudice, and identity in drug addicts and AIDS victims. *Gaceta de Antropología* .

- Robin, M., Matheau-Police, A., & Couty, C. (2007). Development of a scale of perceived environmental annoyances in urban settings. *Laboratoire de Psychologie Environnementale*, 55-68.
- Ruiz Coronel, A. (2011). Jóvenes en situación de calle: de sistemas intencionales a sistemas causales. In F. Aguilar A., & R. García S., *Cultura y jóvenes en México: Miradas diversas* (pp. 198-220). México: CONACULTA.
- Ruiz Coronel, A. (2017). Y los invisibles, ¿por qué son invisibles? In L. J. López Velarde Campa, *Los invisibles: niñas, niños y adolescentes en situación de calle en la Ciudad de México*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Santos, H. C., Varnum, M. E., & Grossmann, I. (2017). Global Increases in Individualism. *Association for Psychological Science*, 1-12.
- Sapolsky, R. M. (2003). Stress and Plasticity in the Limbic System. *Neurochemical Research*, 1735-1742.
- Sapolsky, R. M. (2003). Taming Stress. *Scientific American*, 86-95.
- Sapolsky, R. M. (2004). Mothering style and methylation. *Nature America*, 791-792.
- Sapolsky, R. M. (2004). Organismal Stress and Telomeric Aging. *PNAS*, 17323-17324.
- Sapolsky, R. M. (2004). Social Status and Health in Humans and Other Animals. *Annual Review of Anthropology*, 393-418.
- Sapolsky, R. M. (2005). Sick of Poverty. *Scientific American*, 92-99.
- Sapolsky, R. M. (2005). The Influence of Social Hierarchy on Primate Health. *Science*, 648-652.
- Sapolsky, R. M. (2012). Importance of a sense of control and the physiological benefits of leadership. *PNAS*, 17730-17731.

- Sapolsky, R. M. (2015). Stress and the brain: individual variability and the inverted U. *Nature America*, 1344-1346.
- Sapolsky, R. M. (2016). Pro Inflammatory Primates. *Science*, 967-968.
- Sapolsky, R. M. (2018). The health-wealth gap. *Scientific American*, 62-67.
- Sapolsky, R. M., Alberts, S. C., & Altmann, J. (1997). Hypercortisolism Associated With Social Subordination or Social Isolation Among Wild Baboons. *Archive of Gneral Psychiatry*, 1137-1143.
- Sarkar, C., Gallacher, J., & Webster, C. (2013). Urban built environment configuration and psychological distress in older men: Results from the Caerphilly study. *BMC Public Health*.
- Satel, S., & Lilienfeld, S. O. (2014). Addiction and the brain disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry*.
- Schaffner, A. K. (2014). Exhaustion and the Pathologization of Modernity. *J Med Humanit*.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H. K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini International Psychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 22-33.
- Snoek, A., & Matthews, S. (2017). Introduction: Testing and Refining Marc Lewis's Critique of the Brain Disease Model of Addiction. *Neuroethics*.
- Soubelet, A., & Salthouse, T. A. (2011). Correlates of Level and Change in the Mini-Mental State Examination. *NIH Public Access*, 811-818.
- Strickland, R. D. (2011). La calle de los jóvenes en la Ciudad de México. *Rayuela*.
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., . . . Costa, G. e. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as

determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, 1229-1237.

Taracena Ruiz, E. (2010). Hacia una caracterización psico-social del fenómeno de callejerización. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv* , 393-409.

Teicher, M. (2000). Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cerebrum* .

Vertesi, A., A. Lever, J., Molloy, W., Sanderson, B., Tuttle, I., Pokoradi, L., & Principi, E. (2001). Standardized Mini-Mental State Examination. *Canadian Family Physician*, 2018-2023.

Villatoro Velázquez, J., & otros, y. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Villatoro, J. A., Cruz, S. L., Ortiz, A., & Medina-Mora, M. E. (2011). Volatile Substance Misuse in Mexico: Correlates and Trends. *Substance Use & Misuse*.

Volkow, N. D. (2004). Imaging the Addicted Brain: From Molecules to Behavior. *J Nucl Med*.

Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*.

Volkow, N. D., & Muenke, M. (2012). The genetics of addiction. *Human Genetics*.

Volkow, N. D., Baler, R. D., & Goldstein, R. Z. (2011). Addiction: Pulling at the Neural Threads of Social Behaviors. *Neuron*, 599-602.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G.-J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *The Journal of Clinical Investigation*.

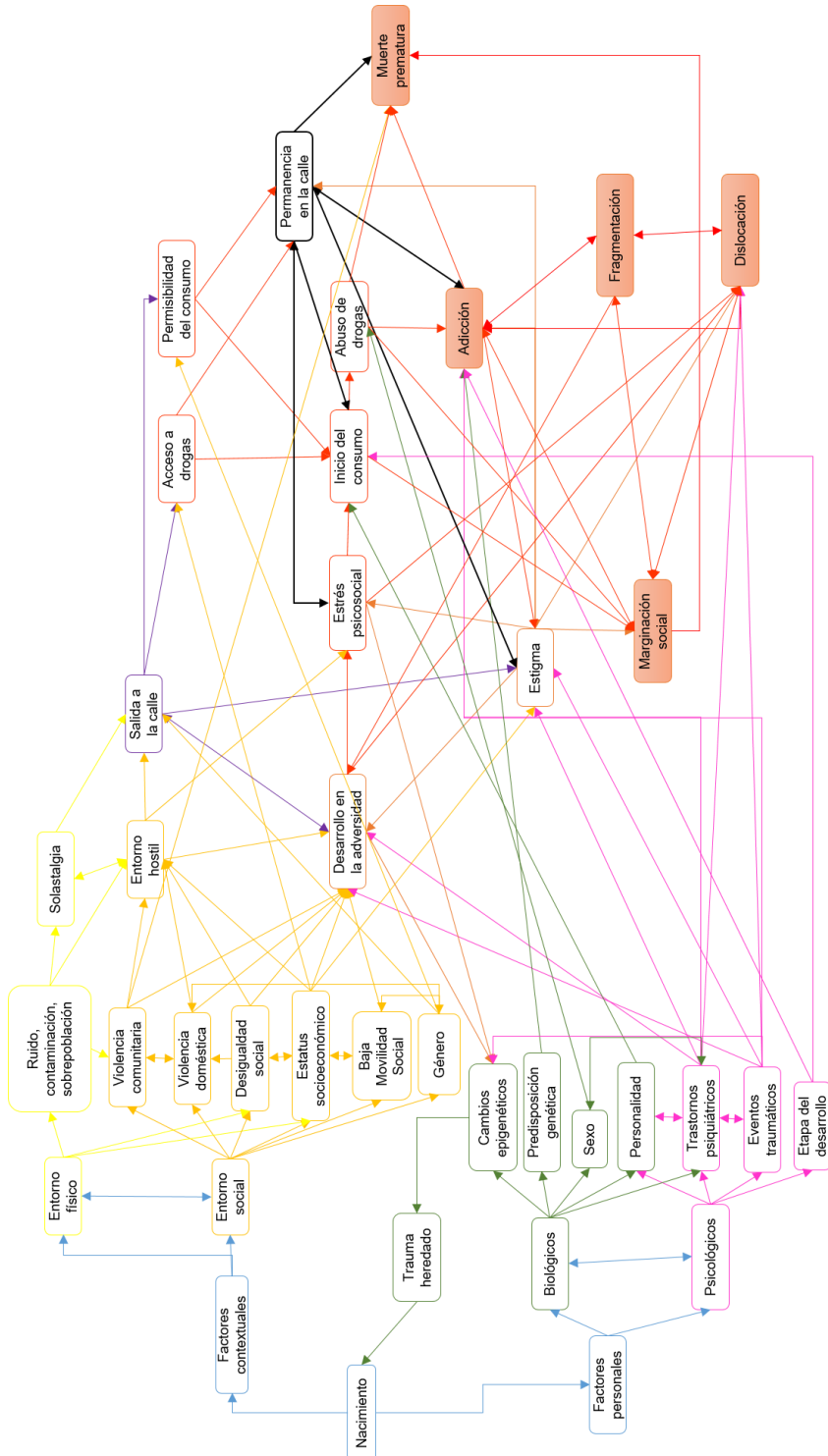
Volkow, N. D., Gene-Jack Wang, G.-J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2010). Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *PNAS*, 15037-15042.

- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England journal of medicine*, 363-371.
- Volkow, N. D., Wang, G.-J., Fowler, J. S., & Tomasi, D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 321-336.
- Walker, R., Kyomuhendo, G. B., Chase, E., Choudhry, S., Gubrium, E. K., Jo Yongmie, N., . . . Ming, Y. (2013). Poverty in Global Perspective: Is Shame a Common Denominator. *Journal of Social Politics*, 215-233.
- Wilkinson, R. (2004). Why is Violence More Common Where Inequality is Greater? *ANNALS NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES*, 1-12.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2011). *The Spirit Level*. Great Britain: Bloomsbury Press.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2017). Inequality and mental illness. *The Lancet*, 512-513.
- Wolf, S., Herrenkohl, R., Lasker, J., Egolf, B., Philips, B., & Bruhn, J. (1989). ROSETO, PENNSYLVANIA 25 YEARS LATER-HIGHLIGHTS OF A MEDICAL AND SOCIOLOGICAL SURVEY. *Trans Am Clin Climatol Assoc.*, 57-67.
- Wu, L.-T., & Howard, M. O. (2007). Psychiatric Disorders in Inhalant Users: Results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug & Alcohol Dependency*, 146-155.

“Tu esclavista te trajo aquí y todo tu pasado fue destruido. Hoy, no conoces tu verdadero idioma. ¿De qué tribu vienes? No reconocerías el verdadero nombre de tu tribu si lo escucharas. No sabes nada de tu verdadera cultura. Ni si quiera sabes el verdadero nombre de tu familia.” –Malcolm X

ANEXOS

1. PROPUESTA DE MODELO SOCIOECOLÓGICO DE LA ADICCIÓN



2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación, se describen las etapas y el desarrollo del proyecto de investigación “Evaluación de la empatía, la cognición y la función cerebral en jóvenes consumidores de inhalables que viven en situación de calle: Diagnóstico e intervención” que tiene por objetivo conocer la manera en que la vida en la calle y el consumo de sustancias inhalables afectan la conducta, las habilidades cognitivas y afectivas, y la función cerebral.

Este documento le explicará en qué consiste su participación en esta investigación. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultar al investigador responsable. Al final, se le solicitará que firme este documento para verificar el consentimiento de su participación.

En la primera etapa, usted responderá un cuestionario y el investigador le realizará una entrevista neuropsiquiátrica para verificar la ausencia de síntomas asociados a posibles trastornos mentales o neurológicos. También responderá un cuestionario para identificar sus rasgos de personalidad. Se le realizará una entrevista médica básica para verificar su estado de salud adecuado. La duración de esta etapa será de aproximadamente dos horas.

Posteriormente, usted responderá dos cuestionarios para conocer sus actitudes empáticas y las situaciones que le provocan estrés, una prueba neuropsicológica para evaluar sus funciones cognitivas y una prueba para conocer su coeficiente intelectual. La duración de esta etapa será de aproximadamente 5 horas.

La segunda etapa consiste en un registro polisomnográfico, para evaluar su función cerebral y autónoma durante una noche normal de sueño. Para realizar esto, se colocarán en su cuero cabelludo electrodos superficiales adheridos con gel y conectados a un amplificador de señal. Posterior a esto, será instalado en una de las habitaciones de la Clínica de Trastornos del Sueño de la Universidad Autónoma Metropolitana, en la cual dormirá aproximadamente de las 22:00 hrs. a las 7:00 hrs

del día posterior. Tras su despertar, los electrodos serán retirados y su cabeza será lavada.

La tercera y última etapa consistirá de una entrevista realizada por el investigador, sobre su experiencia en la participación de este proyecto.

Sus datos personales serán resguardados y permanecerán confidenciales. Tanto los análisis como las publicaciones generadas de este estudio utilizarán códigos numéricos que no reflejan su identidad.

Usted tendrá el derecho a preguntar y ser informado sobre los resultados científicos de este estudio. También podrá decidir no continuar con su participación en el momento en que así lo considere.

Si usted acepta participar en esta investigación, manifiesta que ha comprendido la información expuesta arriba y que sus dudas han sido aclaradas. Acepta que sus datos psicométricos y polisomnográficos serán utilizados con confidencialidad y para fines de investigación científica y docencia. Acepta las condiciones del estudio y exime al personal que colabora en esta investigación, de cualquier responsabilidad médica, civil, penal, administrativa, laboral o de cualquier otra índole por la realización del estudio.

Acepto

Testigo

Firma

Firma

Nombre

Nombre

Fecha

Fecha

Investigador responsable

Roberto Emmanuele Mercadillo Caballero