



**Centros de  
Integración  
Juvenil, A.C.**

***Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones  
11ª Generación***

***2014 – 2015***

***Reporte de Investigación***

*Para obtener el Diploma y Cédula de  
Especialista para el Tratamiento de las Adicciones*

***Tema:***

***FRECUENCIA DEL DELITO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN UNA MUESTRA  
DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN***

***Alumno: Armando Armenta Bautista***

*Médico Cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México*

***Asesor: Mario González Zavala***

*Médico Psiquiatra-Adictólogo del Centro de Ayuda a Alcohólicos y sus Familiares del Instituto  
Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".*

***Ciudad de México, Junio 2016***

***FRECUENCIA DEL DELITO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN UNA MUESTRA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN***



## AGRADECIMIENTOS

*A Centros de Integración Juvenil A.C. ...*

*Por ser la Institución que me permitió desarrollarme como especialista en esta compleja área; CIJ es mi casa y se encuentra llena de profesionistas comprometidos y con ideas innovadoras, que hacen a la institución fuerte, dejando huella a donde quiera que se encuentran sus egresados; por ello me encuentro satisfecho y orgulloso de pertenecer a esta gran familia; a la Lic. Maritza Guadalupe Jiménez Landa Subdirectora de Capacitación no me queda más que agradecer, por confiar en mí y permitirme ser alumno de esta 11va. Generación.*

*A mi tutor...*

*Un agradecimiento singular debo al Dr. Mario González Zavala, un profesor y una persona extraordinaria, quien con su tiempo y su gran experiencia encamino y corrigió este nuevo proyecto que hoy culmina.*

*A mi amigo...*

*No puedo terminar sin antes agradecer al Dr. Argemiro José Genes Naar, por brindarme su tiempo y sencillez como persona y gran ser humano que te caracteriza; de igual manera por su colaboración, de esta tesis dentro del Hospital en el cual funge como Director Médico; reconozco que es un gran amigo y una excelente persona interesada para la mejora de esta enfermedad que aqueja a muchas personas.*

*A mis padres y hermanos...*

*Por dejarme ser parte de su historia y al no estar exenta de estas enfermedades que aquejan a muchas familias, marcaron mi camino; más no determinaron mi destino, la vida no consiste en recordar el pasado con nostalgia, ni el futuro con ansiedad, si no vivir tu presente con actitud y coincidir con gente que me haga ver lo que no puedo ver y mirar con ojos distintos a lo que la vida me ponga en mi largo caminar.*

*A mi esposa Carmina y mi hijo Diego...*

*Dedico con un singular amor esta tesis a ella por ser una gran persona que siempre re direcciona mi vida, sabia de naturaleza y optimista como virtud, fuerte con sus palabras de aliento y mar que me calma y me envuelve de paz y sueños que dan a mi vida esa fuente de motivación e inspiración para ser mejor profesionista y mejor ser humano. Diego gracias por darme tu amor y ser mi maestro día a día conforme veo tu crecimiento.*

*A mis ex compañeros de trabajo...*

*A mis compañeros de Monte Fénix, CLAIDER, Centro de Integración Juvenil les agradezco el que hayan compartido su conocimiento, compañía, alegrías, tristezas y demás emociones que se generaron desde que participe en la recuperación de personas afectadas por estas enfermedades.*

*A mis grandes maestros de la vida...*

*Finalmente quiero agradecer a todos mis maestros que fueron más que una inspiración en el camino de la especialidad en el Tratamiento de adicciones, si no fueron parte de mi crecimiento y desarrollo como ser humano; mismos que con su inteligencia, humildad, transparencia y grandes seres humanos fueron para mí un modelo y una fuente rica de experiencia.*

*Dr. Gabriel Martínez Trejo...*

*Ginecólogo y Biólogo de la Reproducción, fue mi gran profesor en la rama, coordinador en los procesos del hospital y de mi vida, me regalo su amistad y confianza, así como la oportunidad de conocerlo como padre, esposo y pilar de su familia.*

*Dra. Alicia Cea Bonilla. Coordinadora de Enseñanza de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Medicina, fue quien me regaló su espíritu y fortaleza para derribar cualquier pared que se quisiera cruzar en mi camino.*



*Dr. Gerardo González Torres Coordinador Médico de Monte Fénix, especialista en el Tratamiento de adicciones, fue mi jefe y mi guía en esta especialidad, me enseñó a ver a un paciente sin portar una bata blanca, como experto en el área, me brindo la confianza de iniciar este camino y dedicarme a transformar vidas y sanar familias, él me dijo:*



*“Recuerda, no seas tan blando que te expriman, ni tan duro que no te rompan, más bien sé sereno para que tolere, y sabio para defenderte, no les des ese poder de pisotearte”*

*Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado, Director General Adjunto de Políticas y Programas contra las Adicciones en el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, amigo, maestro y fuente inspirador de la especialidad, fue quien que desde que me permitió acercarme como profesional y como persona me enseñó que el ser humilde, comprometido e inteligente es la mejor llave para abrir cualquier puerta.*



## INDICE

|   |    |
|---|----|
| 1.INTRODUCCIÓN.....   | 7  |
| 2.MARCO TEORICO.....  | 13 |
| 2.1 DERECHO A LA SALUD .....  | 13 |
| 2.2 DERECHO PENAL .....   | 15 |
| • Generalidades .....   | 15 |
| 2.3 CÓDIGO PENAL FEDERAL .....  | 16 |
| • CAPÍTULO VII .....  | 20 |
| • Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo .....                                       | 20 |
| • Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato .....                         | 22 |
| 2.4 DELINCUENCIA RELACIONADA CON LAS DROGAS .....   | 23 |
| 2.5 MODELO DE GOLDSTEIN .....   | 23 |
| • Violencia Sistémica .....   | 24 |
| • Violencia Económico-Compulsiva .....  | 25 |
| • Violencia Psicofarmacológica .....  | 25 |
| 2.6 DESÓRDENES MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO PRODUCIDOS POR EL USO DE<br>SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ..... | 27 |
| • Intoxicación aguda .....  | 27 |
| • Uso perjudicial y/o nocivo .....  | 27 |
| • Síndrome de dependencia .....   | 27 |
| • Síndrome de abstinencia .....   | 27 |
| • Estado de abstinencia con delirio .....   | 27 |
| • Trastorno psicótico .....   | 28 |
| • Síndrome amnésico .....   | 28 |
| • Trastorno psicótico residual de comienzo tardío .....   | 29 |
| 2.7 HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN .....   | 30 |
| • Antecedentes Historicos .....   | 30 |
| 3.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....  | 31 |
| 4.    OBJETIVO GENERAL .....  | 34 |

|    |   |    |
|----|---|----|
| 5. | OBJETIVOS ESPECIFICOS.....  | 34 |
| 6. | JUSTIFICACION.....  | 34 |
| 7. | METODOLOGÍA .....   | 35 |
|    | 7.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....  | 35 |
|    | 7.2 LOGÍSTICA DE LA OPERACIÓN .....   | 35 |
|    | 7.3 INSTRUMENTOS.....   | 36 |
|    | • 7.3.1 ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) .....  | 36 |
|    | • 7.3.2 Cuestionario de búsqueda de adicción, intoxicación aguda, uso perjudicial y/o nocivo, dependencia o síndrome de abstinencia ..... | 38 |
|    | • 7.3.3 Relación del delito con el consumo de drogas.....   | 39 |
|    | 7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....  | 40 |
|    | 7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....   | 40 |
|    | 7.6 UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DEL ESTUDIO .....   | 40 |
|    | 7.7 LOGÍSTICA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....   | 41 |
|    | 7.8 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....  | 41 |
| 8. | CONSIDERACIONES ÉTICAS PERTINENTES .....  | 43 |
|    | • Título séptimo de la educación e investigación en salud .....   | 43 |
|    | • Ley general de salud en materia de investigación para la salud .....  | 43 |
|    | • Ley de la comisión nacional de los derechos humanos .....   | 46 |
|    | • Reglamento de reclusorios y centros de readaptación social del distrito federal.....  | 46 |
|    | • Declaración de Helsinki de 1964 de la asociación médica mundial.....  | 47 |
|    | • Protocolo de Estambul.....  | 47 |
| 9. | RESULTADOS.....   | 48 |
|    | 9.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....  | 48 |
|    | • a. Edad .....   | 48 |
|    | • b. Estado Civil.....  | 49 |
|    | • c. Nivel de estudios.....   | 50 |
|    | • d. Trabajo previo .....   | 51 |
|    | • e. Ingresos económicos.....   | 52 |
|    | 9.2 TIPO DE DROGAS REFERIDAS .....  | 55 |
|    | 9.3 SALUD Y ESPECIALIDADES.....   | 56 |

|  |    |
|--|----|
| 9.4 SALUD DE LA MUJER.....   | 57 |
| 9.5 RELACION DEL DELITO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS .....  | 59 |
| 9.6 ADICCION, INTOXICACIÓN AGUDA, USO PERJUDICIAL Y/O NOCIVO, DEPENDENCIA O SÍNDROME DE ABSTINENCIA .....  | 63 |
| 9.7 RESULTADOS PRUEBA ASSIST.....  | 64 |
| 10.DISCUSION Y CONCLUSIONES .....  | 65 |
| 11. REFERENCIAS .....  | 68 |
| • ANEXO 1.....   | 70 |
| Formato de consentimiento Informado.....   | 70 |
| • ANEXO 2.....   | 71 |
| Ficha de identificacion .....  | 71 |
| • ANEXO 3.....   | 72 |
| Cuestionario assist y cuestionario de busqueda de adiccion, intoxicación aguda, uso perjudicial y/o nocivo, dependencia o síndrome de abstinencia..... | 72 |
| • Página 1 .....   | 72 |
| • Página 2 .....   | 73 |



## 1. INTRODUCCIÓN

La razón principal por la que decido realizar esta investigación se debe a que la ejecución del delito asociado al consumo de drogas; es un fenómeno que se presenta frecuentemente en los consumidores de sustancias psicoactivas, siendo estas últimas, las responsables de la modificación de la conciencia, los procesos mentales y la conducta; al estar el individuo desfrontalizado, comete el delito que al verse asociado con violencia que culmina muchas veces con la muerte de la víctima. Es precaria la necesidad de contar con información basada en evidencia para la generación de políticas y normas que sustenten la mejora en los procesos y la forma de como sancionar y rehabilitar a las personas que se ven afectadas por consumo de drogas. Es por ello que el documento busca ser un trabajo que sugiera o logre ser el pilar de más estudios que demuestren la relación estrecha del delito asociado al consumo de drogas, dentro del modelo de las alteraciones psicofarmacológicas.

En los últimos años, la mayor parte de las familias y habitantes de la Ciudad de México denotan la relación entre droga y delito; misma que ha sido objeto de numerosas investigaciones y disputas; pero sin un sólido compromiso por parte de todos los involucrados para dar una solución a este grupo de personas enfermas que fueron afectadas en estructuras cerebrales claves que tienen que ver con el control de sus impulsos.

Muchos han planteado la existencia de una relación causal entre ambas conductas (Goldstein, 1985), basados principalmente en dos constataciones: altísimos niveles de consumo observados en población penal en los distintos países –que superan ampliamente las tasas observadas en población general–, y la similitud de las curvas epidemiológicas de consumo de drogas e involucramiento delictual, elementos que hacen pensar en una co-ocurrencia de la comisión de delitos y el consumo de droga, pero no permiten en modo alguno afirmar la existencia de una relación causal.

Desde su publicación, el modelo tripartita formulado por Goldstein tiene el record de ser el artículo más citado en la materia (Stevens, 2011). Esto, sin embargo, no implica el que haya estado ajeno a las críticas. La principal crítica apunta a la atribución de causalidad que se desprende del marco conceptual planteado por Goldstein. Si bien el autor no aborda directamente este problema, sí da por sentado que la relación entre droga y delitos violentos se explica exclusivamente por un vínculo directo desde la primera a los segundos (Stevens, 2011), sin matizar ni especificar los límites de esta relación. Como se señaló, la evidencia de esta conexión en lo que respecta a la edad de inicio en ambas conductas contradice el modelo presentado. En términos agregados, tampoco sería posible hablar de una causalidad en delitos específicos durante la trayectoria de vida de quienes delinquen y/o de quienes



consumen drogas, ya que aun cuando la probabilidad de que ambas conductas estén asociadas es alta y significativa, son muchos quienes consumen droga y no delinquen nunca, o que participan del mundo delictual sin haber consumido ninguna sustancia (MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003). Por lo mismo, al considerar la relación de manera unidireccional, no se diferencia entre las conexiones droga-delito y las conexiones delito-droga, lo que le resta profundidad al análisis y genera sobre-estimaciones en la cuantificación de dicha relación (Bennett & Holloway, 2009).

No cabe duda que este tipo de temas se encuentran ocultos o no se documentan detalladamente y que los consumidores de drogas con un problema serio de adicción se encuentran contenidos en los anexos o finalmente en los centros penitenciarios, del mismo modo tampoco es cuestionable que estos delincuentes y enfermos adictos sigan consumiendo dentro de los centros de reclusión; pero lo que si podemos afirmar es que el cese repentino de un consumo continuado provoca comportamientos sociales patológicos que pueden derivar en violencia y que son responsables de los mitin o peleas que se ven a diario en los centros penitenciarios; mi pregunta es:

¿Son realmente estos lugares los más idóneos o mejor capacitados para poder lograr una adecuada reinserción social después de cumplida la pena del delincuente o realmente son lugares en los que se observa una gran área de oportunidad en la que urgen la elaboración de programas médicos de tratamiento para aquellos consumidores que ya muestran un grave afectación neuronal por el consumo de drogas?

La respuesta precisa nadie la tiene, sin embargo mi intención es avanzar sobre el tema y documentar como las adicciones tienen un sustrato biológico muy importante y que las drogas se encuentran relacionadas con alteraciones orgánicas a nivel cerebral que hacen del paciente en una fase inicial tener un efecto benéfico, sin embargo al ser adictivas cada una de ellas, algunos individuos se ven afectados al exponerse a dichas sustancias provocando “neuroadaptación” que tiene como consecuencia cambios o daños en áreas críticas del cerebro, como son corteza prefrontal, hipocampo y amígdala, estructuras que se encuentran relacionadas con el aprendizaje, planeación y control de impulsos, que hacen que el enfermo en el momento de suspender el consumo, tenga estados negativos siendo estas áreas las responsables de que el paciente adicto cometa actos ilícitos o reincida nuevamente en el consumo; incluso en contra de su voluntad.

En México, el consumo de drogas no está prohibido y las personas que sean sorprendidas consumiendo o portando cualquier sustancia prohibida o narcótica cuya cantidad se considere como de estricto consumo personal, no pueden ser sujetas a ningún proceso judicial. Aunque etimológicamente la palabra narcótico hace referencia al sueño inducido artificialmente, en

México y en muchas otras partes del mundo, siguiendo la doctrina estadounidense, se les llama narcóticos a todas las sustancias prohibidas, ya sea que produzcan sueño, lo quiten o simplemente no interfieran en las funciones del sueño. En la terminología oficial todas son narcóticas. Desde aquí es posible constatar que los criterios de clasificación oficial obedecen poco a la farmacología y mucho menos a la etimología.

La República Mexicana ha firmado una serie de acuerdos internacionales que le obligan a prohibir todas las sustancias que la Organización Mundial de la Salud considere objeto de control internacional, no obstante, no existe una sola ley dentro del territorio nacional que castigue el consumo de sustancias ilegales; por el contrario, el Artículo 195 del Código Penal señala que: "No se procederá en contra de quien, no siendo farmacodependiente se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse que está destinada a su consumo personal".

Por su parte el Artículo 199 del mismo código establece: "Al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193 no se le aplicará pena alguna". Así pues, tanto farmacodependientes como no farmacodependientes están protegidos por la ley en cuanto al consumo y a la posesión de pequeñas cantidades. La posesión de cantidades mayores a las que se explicitan en las tablas anexas al Código Penal se castiga con diversas penas puesto que eso cae ya dentro del delito tipificado como tráfico de narcóticos (para la legislación mexicana, un narcótico no es sólo una sustancia que deprima el sistema nervioso central, sino cualquier sustancia prohibida).

Además del tráfico, lo que se castiga en nuestro país es la producción, (esto es, la manufactura, fabricación, elaboración, preparación o acondicionamiento de algún narcótico), el transporte, el tráfico, el suministro gratuito, la prescripción y el comercio (esto es, vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico). También se imponen penas a quienes aporten recursos o colaboren financieramente en los delitos anteriores, a quienes siembren o permitan que se siembre en terrenos de su posesión alguna planta cuyo alcaloide esté prohibido y realicen actos de publicidad o propaganda para favorecer el consumo de narcóticos.

El debate en torno a la necesidad de despenalizar las drogas y en torno a la necesidad de mantener la prohibición siempre ha sido un tema escabroso, complejo y candente. No obstante, aún quienes defienden la necesidad de mantener la prohibición, han reconocido que las bases jurídicas de la misma son bastante endeble, cuando no francamente cuestionables.

En un estudio en que participa el OID (Observatorio Interamericano sobre Drogas) se establece que Estudios internacionales han constatado que, en comparación con la población general, los delincuentes presentan elevadas tasas de consumo de drogas y es frecuente que

pertenezcan a ese grupo los consumidores problemáticos de drogas. Sin embargo, la relación entre drogas y delincuencia no es ni sencilla ni lineal. Tampoco es generalizable: muchos delincuentes reincidentes no consumen drogas y muchos drogodependientes no cometen delitos (aparte del consumo o posesión de drogas, allí donde esté penalizado). (ONUDD-CIDAD/OEA, 2010).

También el mismo documento indica que los estudios no logran demostrar una relación estrecha entre el consumo experimental de drogas (donde no se ha generado una dependencia por parte del consumidor) y la comisión de delitos. Sin embargo, sí suelen demostrar los estudios que el delito precede al consumo de drogas ilegales, especialmente de aquellas que crean mayor dependencia o consumo problemático. Y también, los estudios han demostrado que cuando hay consumo problemático, los consumidores suelen cometer delitos contra la propiedad para sustentar ese consumo.

De estas dos realidades es posible inferir, y de hecho en muchos casos sucede, que se crea un círculo vicioso entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. Existen muchos factores que pueden afectar esta relación escabrosa entre el consumo y el delito, ya sea para que se mantenga, se incremente o se detenga.

El consumo de drogas tiende a ser más alto en el grupo de personas que han cometido un delito; sin embargo, con esto no se puede afirmar que la mayoría de estas personas incurran en delitos; la relación entre el consumo de drogas y los delitos varía con el tipo de drogas, el estado de clínico o nivel de adicción que este presenta al momento de cometer el delito

La letalidad provocada por el comportamiento patológico asociado al consumo de drogas es significativa, aunque minoritaria dentro del total de muertes violentas en la región. La estadística oficial disponible, precaria según se ha señalado antes, sólo nos entrega información para 2004, año en que según la Organización Panamericana de la Salud el comportamiento patológico asociado al consumo de drogas, incluyendo aquellas provocadas por traumatismos (principalmente accidentes de tráfico), suicidios o contagios de SIDA debido a jeringas infectadas usadas por adictos provocó 27.899 muertes en América Latina y el Caribe. Esas cifras se pueden comparar con la información proporcionada por el Informe Sobre Seguridad Ciudadana en las Américas de la OEA, que revela que el total de muertes sólo por suicidio ese mismo año en América Latina y el Caribe, se elevó a 28.432, y que las muertes sólo por accidentes de tráfico y sólo en América Latina en 2009 (único año y subregión disponible), ascendieron a 102.940.

Es posible suponer que debido al incremento del consumo de drogas en algunos países de América Latina se haya incrementado marginalmente la cifra de muertes asociada al comportamiento patológico de esos consumidores.

El abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como internacional, basta con mencionar cifras recientes sobre el consumo de drogas, donde México en 2009, SISVEA se le proporcionaron informes de 5,284 menores infractores, de ellos, el 90.7% tiene entre 15 y 18 años y 7.5% son mujeres cifra que en los últimos años se está elevando.

En cuanto al nivel de estudios, el nivel de secundaria registra el mayor porcentaje (51.3%). En relación al consumo de drogas, el 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia. El robo (72.1%) fue el delito más cometido por los menores. De los menores infractores entrevistados, el 68.1% refirieron consumir habitualmente drogas, donde la marihuana es la sustancia más reportada (35.0%), seguida del alcohol (29.8%) y el tabaco (27.3%). (ENA 2011).

Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país. En México se le considera un problema de salud pública, además de que se le relaciona con acciones delictivas y violentas. Su tendencia ascendente es preocupante. La relación de la farmacodependencia con otros fenómenos sociales no solo es muy estrecha por las implicaciones legales, laborales culturales e incluso políticas si no que, además, representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales. La relación con la familia de origen es especialmente importante para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas. Los resultados muestran que el vivir en la calle es el factor de riesgo más importante para usar drogas, 56% de los menores que viven en esas circunstancias en comparación con solamente 5% de los que viven en su casa han usado drogas.

Estas cifras resultan preocupantes si consideramos que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; tal como lo reportó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual, se señala que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad (Medina-Mora y cols; 2003; 2005). De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio (Benjet y cols; 2009).

Los niños y jóvenes de hogares más desfavorecidos presentan una mayor vulnerabilidad, tienen que contribuir al ingreso familiar lo que les impide asistir al colegio; esta falta de preparación se convierte en un obstáculo para superar, en el futuro, sus precarias condiciones de vida. Asimismo, se observa que estos menores se encuentran dentro de familias desintegradas, disfuncionales; donde son expuestos a maltrato físico y psicológico que condiciona que opten por habitar en la calle en busca de mejores condiciones de vida, muchas veces solo para encontrarse con situaciones hostiles, agresivas, opresivas y en crisis constantes. Viven continuamente expuestos al uso de drogas, a la violencia social, al abuso sexual, a la prostitución, a la explotación y a las enfermedades transmitidas por vía sexual; entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibieron atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (Medina\_Mora y cols; 2003). Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención

La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia. Sin embargo, la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha y se tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este contexto.

*“Uno no puede elegir sabiamente en la vida al menos que se atreva a escucharse a sí mismo, a su propio yo, en cada momento de su vida.”*

*Abraham Maslow.*

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 DERECHO A LA SALUD

La Ley General de Salud (1984) es el instrumento jurídico que establece las bases jurídicas para hacer efectivo este derecho, la participación de los sectores público, privado y social, así como la operación del Sistema Nacional de Salud. Así también crea el Consejo Nacional contra las Adicciones y los consejos estatales contra las adicciones, para la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones. Esta ley, considera a las adicciones como problema de salud pública y por ello, establece la regulación jurídica y administrativa sobre la producción, comercialización, siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, adquisición, posesión, comercio, transporte, suministro, empleo y consumo, así como la prevención, tratamiento y rehabilitación por consumo de estupefacientes, psicotrópicos, alcohol y tabaco.

El artículo 234 de la Ley General de Salud, considera como estupefacientes: la marihuana, cocaína, codeína, sales, las hojas de coca, heroína, morfina, adormidera y otros. En cuanto a los psicotrópicos, se trata de sustancias naturales o sintéticas, depresores o estimulantes del sistema nervioso central que por su acción farmacológica pueda inducir a la farmacodependencia y están: las que por su uso indebido y abuso son problema de salud pública (artículo 244); las que tienen valor terapéutico, pero que están regulados como estupefacientes (artículo 259); las de carácter terapéutico, que para su suministro y venta requieren de receta médica (artículo 251); las de casos terapéuticos y son problema menor de salud pública (artículo 252).

Por su parte, en el Código Penal Federal, en su artículo 193, tipifica los delitos graves contra la salud:

Art. 193 Se consideran narcóticos a los estupefacientes psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la ley general de salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables a la materia. Para efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave de salud pública.

Así también la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas fija nuevos principios de derecho penal que son incorporados en la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada que cuando se trata de drogas, se da carácter jurídico a la privación de la libertad por sospecha; a la denuncia anónima; a la intervención de las comunicaciones privadas; a la actuación de agentes oficiales infiltrados en la vida y los

negocios de las personas; a la negociación del derecho penal y penitenciario con los delatores, con los arrepentidos y con los testigos protegidos.

El marco jurídico nacional en materia de adicciones se encuentra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las convenciones, leyes federales, leyes estatales, reglamentos, decretos, acuerdos y normas oficiales mexicanas. Por citar algunas medidas contempladas sobre las sustancias psicoactivas se encuentra la Ley General de Salud, que contempla el Sistema Nacional de Salud, los programas Contra las Adicciones, el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo, la Farmacodependencia, el Control Sanitario de Productos y Servicios y de su Importación y Exportación de bebidas alcohólicas; Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidados; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios; Decreto que dispone que la Secretaría de Salud deberá publicar la Edición de la Farmacopea Nacional de los Estados Unidos Mexicanos; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico (referencia para la aplicación de la NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones); Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud escolar (referencia para la aplicación de la NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones); Decreto por el que se promulga el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas. Viena, Austria el 21 de febrero de 1971.

Entender este conjunto normativo, es preciso recurrir al planteamiento de Lipovetsky en “el crepúsculo del deber, quien señala:

*“El problema de la droga no es moral ni amoral, el objeto, es aniquilar la narcocracia, reducir la corrupción y la criminalidad, garantizar la “calidad de vida de los intoxicados” con productos no traficados; es posmoralista.”*

En lugar de la prohibición y la represión, se privilegian pragmáticamente la seguridad colectiva, los derechos subjetivos, la asistencia a toxicómanos. Más adelante afirma “la exigencia de severidad hacia la droga expresa la obsesión individualista por el orden público al igual que la preocupación protectora hacia la infancia y la adolescencia” Las políticas públicas sobre las adicciones, a partir de estas ideas, parecen indicarnos una concepción sanitaria del control social y el derecho como instrumento de un mandato superyoico: la ley es la ley.

## 2.2 DERECHO PENAL

El Derecho Penal es una parte del Derecho Público, protege las garantías individuales a través de la imposición de penas a quienes realizan actos u omiten acciones establecidas en la ley. Utiliza conceptos como delito, pena, medidas de seguridad para determinar su acto de competencia.

Un delito es una acción u omisión que realizan los sujetos en perjuicio de otros. Los códigos penales agrupan a los delitos de acuerdo con el bien jurídico que ofenden, por ejemplo:

- La vida = homicidio
- El honor= injurias
- La libertad= secuestro
- La familia = bigamia

Los códigos civiles y las instituciones públicas en esta materia dictan medidas de seguridad para corregir la conducta, fomentando en diversas ocasiones la rehabilitación y reincorporación de un delincuente nuevamente a la vida social. A continuación se describe de manera general los elementos que integran el Derecho Penal, la definición de delito, los tipos de delito y las medidas de seguridad establecidas por el Código Penal Federal en México.

### Generalidades

Si los hombres respetaran voluntariamente esas las normas, el derecho penal sería innecesario; pero somos seres humanos ya a causa de circuitos neuronales relacionados con el placer y nuestras emociones muestran nuestras debilidades realizando de manera constante transgresiones al orden jurídico estableció, por lo tanto debe actuar la normatividad jurídica.

El derecho Penal es entendido como la rama del Derecho que estudia el fenómeno criminal, el delito, el delincuente y la pena. Se ubica como rama del Derecho público, porque protege los bienes jurídicos de los ataques que los afectan y con ello lesionan la seguridad jurídica. Regula los delitos que ejercen los sujetos contra otros afectando su integridad y la vida misma.

El contenido del Derecho Penal es muy variable, dependiendo del lugar y la época. La última visión que representa el mundo contemporáneo, la grave situación por la que atraviesa la sociedad inmersa en violencia, terrorismo, narcotráfico, entre otros, ha dado lugar a un retroceso en materia penal, porque de forma cotidiana se han dado casos de linchamiento y de venganza privada. La solución sería que las personas que cometen



actos ilícitos sean rehabilitadas y reintegradas con valores en la sociedad, sin embargo como no han sido funcionales los instrumentos lo ideal sería la prevención.

### 2.3 CÓDIGO PENAL FEDERAL

**Nuevo Código Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931**

**TEXTO VIGENTE**

**Última reforma publicada DOF 24-06-2009**

El Código Penal de 1931, reformado por última vez el 28 de enero del 2009, clasifica a los delitos de la siguiente manera:

- Delitos contra la seguridad de la nación: traición a la patria, espionaje, sedición, motín, rebelión, terrorismo, sabotaje y conspiración.
- Delitos contra el derecho internacional: piratería, violación de inmunidad y de neutralidad, terrorismo, etc.
- Delitos contra la humanidad: genocidio
- Delitos contra la seguridad pública: evasión de presos, quebrantamiento de la sanción, uso de armas prohibidas y participación en asociaciones delictuosas.
- Delitos de correspondencia.
- Delitos contra la autoridad: desobediencia y resistencia de particulares, oposición a trabajos públicos y quebrantamiento de sellos.
- Delitos cometidos contra funcionarios públicos
- Delitos contra la salud: producción, tenencia o tráfico de narcóticos y de contagio.
- Delitos contra el libre desarrollo de la personalidad: corrupción de menores, pornografía, turismo sexual, lenocinio, trata de personas, etc.
- Delitos de los servidores públicos: abuso de autoridad, ejercicio indebido del servidor público, desaparición de personas, uso indebido de atribuciones o facultades, intimidación, tráfico de influencia, cohecho, peculado y enriquecimiento ilícito.
- Delitos contra la administración de justicia: falsificación y utilización indebida de títulos al portador, documentos de crédito público y documentos relativos al crédito; falsedad de declaración ante alguna autoridad judicial; variación de nombre e identidad y usurpación de funciones públicas o profesión
- Delitos contra la economía pública
- Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual: hostigamiento, abuso sexual, adulterio, etc.
- Delitos contra el estado civil

- Delitos en materia de inhumaciones y exhumaciones
- Delitos contra la paz y la seguridad de las personas: amenazas y allanamiento de morada.
- Delitos contra la vida y la integridad corporal: lesiones, homicidio, infanticidio, aborto, abandono de personas y violencia intrafamiliar.
- Delitos contra el honor: golpes, difamación, etc.
- Delitos contra las personas en su patrimonio: robo, abuso de confianza, fraude, etc.
- Delitos electorales
- Delitos contra el medio ambiente.

Los especialistas hacen una definición analítica en la que nos dicen que son cuatro elementos que deben presentarse para que exista un delito:

El primer elemento debe ser una conducta activa, alguien que haga lo que está prohibido o cuando no se hace lo debido. Por ejemplo, cuando alguien lesiona con un cuchillo o mata a una persona. En el caso de la omisiva es cuando una persona que atropella a otra sale huyendo del lugar sin brindar apoyo o atención al herido, o bien, cuando una madre deja de darle de alimentar a su hijo con la intención de que éste muera.

El segundo es la tipicidad, que este escrito o establecido por la ley; el tercero la antijuridicidad consiste en restringir en un caso particular el alcance de la ley, por ejemplo este tipificado el homicidio pero en el caso de un médico que realiza una operación y produce una lesión al organismo como parte de la cirugía y produce la muerte en ese momento puede tener justificación porque está realizando una conducta autorizada por su profesión. Y el cuarto, la culpabilidad se refiere al lado interno o psicológico del delito, es decir los elementos que dan fundamento al delito.

El último elemento del Derecho Penal es la teoría de la pena, que explica la naturaleza de la misma como un mal que se debe limitar. Solo es aplicable cuando se ha cometido un delito. La pena se considera como la consecución jurídica del delito, toda persona que comete un delito se hace acreedora a que el Estado le imponga una pena y quedarán subordinadas a los ordenamientos penales de cada país.

En el título segundo define las medidas de seguridad que sirven de pena por los delitos cometidos, se incluyen en los artículos del 24 al 118, entre las que se identifican:

- Prisión.
- Tratamiento en libertad
- Internamiento
- Confinamiento
- Prohibición de ir a un lugar determinado

- Sanción pecuniaria
- Decomiso de instrumentos, objetos y productos del delito
- Amonestación
- Apercibimiento
- Caución de no ofender
- Suspensión de derechos
- Inhabilitación, destitución o suspensión de funciones o empleos
- Publicación de sentencia
- Vigilancia de la autoridad
- Suspensión o disolución de sociedades
- Medidas tutelares para menores
- Decomiso de bienes correspondientes al enriquecimiento ilícito, entre otras.

Algunos de los artículos que decretó el congreso General de los Estados Unidos Mexicanos son:

**Artículo 192 bis.-** Para los efectos del programa nacional se entiende por:

- I. **Farmacodependiente:** Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos;
- II. **Consumidor:** Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia;
- III. **Farmacodependiente en recuperación:** Toda persona que está en tratamiento para dejar de utilizar narcóticos y está en un proceso de superación de la farmacodependencia;
- IV. **Atención médica:** Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;
- V. **Detección temprana:** Corresponde a una estrategia de prevención secundaria que tiene como propósito identificar en una fase inicial el consumo de narcóticos a fin de aplicar medidas terapéuticas de carácter médico, psicológico y social lo más temprano posible;
- VI. **Prevención:** El conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de narcóticos, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias;
- VII. **Tratamiento:** El conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de narcóticos, reducir los riesgos y daños que implican el uso y abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de esas sustancias, como de su familia;

- VIII.** Investigación en materia de farmacodependencia: Tiene por objeto determinar las características y tendencias del problema, así como su magnitud e impacto en lo individual, familiar y colectivo; construyendo las bases científicas para la construcción de políticas públicas y los tratamientos adecuados para los diversos tipos y niveles de adicción; respetando los derechos humanos y su integridad, y
- IX.** Suspensión de la farmacodependencia: Proceso mediante el cual el farmacodependiente participa en la superación de su farmacodependencia con el apoyo del entorno comunitario en la identificación y solución de problemas comunes que provocaron la farmacodependencia.

**Artículo 192.-** Para el tratamiento de los farmacodependientes, las dependencias y entidades de la administración pública en materia de salubridad general, tanto federales como locales, deberán crear centros especializados en tratamiento, atención, y rehabilitación, con base en sistemas modernos de tratamiento y rehabilitación, fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del farmacodependiente.

La ubicación de los centros se basará en estudios rigurosos del impacto de las adicciones en cada región del país y deberá:

- I.** Crear un padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, que contenga las características de atención, condiciones y requisitos para acceder a los servicios que ofrecen, y
- II.** Celebrar convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales de los sectores social y privado, y con personas físicas que se dediquen a la prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, con el fin de que quienes requieran de asistencia, puedan, conforme a sus necesidades, características, posibilidades económicas, acceder a los servicios que todas estas instituciones o personas físicas ofrecen.

**Artículo 192.-** La Secretaría de Salud realizará procesos de investigación en materia de farmacodependencia para:

- I.** Determinar las características y tendencias del problema, así como su magnitud e impacto en lo individual, familiar y colectivo;
- II.** Contar con una base científica que permita diseñar e instrumentar políticas públicas eficaces en materia de farmacodependencia;
- III.** Evaluar el impacto de los programas preventivos, así como de tratamiento y rehabilitación, estableciendo el nivel de costo-efectividad de las acciones;
- IV.** Identificar grupos y factores de riesgo y orientar la toma de decisiones;

- V. Desarrollar estrategias de investigación y monitoreo que permitan conocer suficientemente, las características de la demanda de atención para problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, la disponibilidad de recursos para su atención y la manera como éstos se organizan, así como los resultados que se obtienen de las intervenciones;
- VI. Realizar convenios de colaboración a nivel internacional que permita fortalecer el intercambio de experiencias novedosas y efectivas en la prevención y tratamiento, así como el conocimiento y avances sobre la materia, y
- VII. En toda investigación en que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar.

En el diseño y desarrollo de este tipo de investigaciones se debe obtener el consentimiento informado y por escrito de la persona y, en su caso, del familiar más cercano en vínculo, o representante legal, según sea el caso, a quienes deberán proporcionárseles todos los elementos para decidir su participación.

## CAPÍTULO VII

### Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo

**Artículo 475.-** Se impondrá prisión de cuatro a ocho años y de doscientos a cuatrocientos días multa, a quien sin autorización comercie o suministre, aún gratuitamente, narcóticos previstos en la tabla, en cantidad inferior a la que resulte de multiplicar por mil el monto de las previstas en dicha tabla.

Cuando la víctima fuere persona menor de edad o que no tenga capacidad para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente; o que aquélla fuese utilizada para la comisión de los mismos se aplicará una pena de siete a quince años de prisión y de doscientos a cuatrocientos días multa.

Las penas que en su caso resulten aplicables por este delito serán aumentadas en una mitad, cuando:

- I. Se cometan por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar, juzgar o ejecutar las sanciones por la comisión de conductas prohibidas en el presente capítulo. Además, en este caso, se impondrá a dichos servidores públicos destitución e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta;
- II. Se cometan en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o dentro del espacio comprendido en un radio que diste a menos de trescientos metros de los límites de la colindancia del mismo con quienes a ellos acudan, o
- III. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esta situación para

cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión e inhabilitación de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años. En caso de reincidencia podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

**Artículo 476.-** Se impondrá de tres a seis años de prisión y de ochenta a trescientos días multa, al que posea algún narcótico de los señalados en la tabla, en cantidad inferior a la que resulte de multiplicar por mil las cantidades previstas en dicha tabla, sin la autorización correspondiente a que se refiere esta Ley, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de comercializarlos o suministrarlos, aún gratuitamente.

**Artículo 477.-** Se aplicará pena de diez meses a tres años de prisión y hasta ochenta días multa al que posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla en cantidad inferior a la que resulte de multiplicar por mil las previstas en dicha tabla, sin la autorización a que se refiere esta Ley, cuando por las circunstancias del hecho tal posesión no pueda considerarse destinada a comercializarlos o suministrarlos, aún gratuitamente.

No se procederá penalmente por este delito en contra de quien posea medicamentos que contengan alguno de los narcóticos previstos en la tabla, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

**Artículo 478.-** El Ministerio Público no ejercerá acción penal por el delito previsto en el artículo anterior, en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia.

El Ministerio Público hará reporte del no ejercicio de la acción penal a la autoridad sanitaria de la entidad federativa donde se adopte la resolución con el propósito de que ésta promueva la correspondiente orientación médica o de prevención. La información recibida por la autoridad sanitaria no deberá hacerse pública pero podrá usarse, sin señalar identidades, para fines estadísticos.

**Artículo 479.-** Para los efectos de este capítulo se entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en el listado siguiente:

| Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato |  |  |
|---|--|--|
| Narcótico   | Dosis máxima de consumo personal e inmediato |  |
| Opio  | 2 gr.  |  |
| Diacetilmorfina o Heroína   | 50 mg.                                       |  |
| Cannabis Sativa, Indica o Marihuana                                   | 5 gr.  |  |
| Cocaína   | 500 mg.                                      |  |
| Lisergida (LSD)   | 0.015 mg.                                    |  |
| MDA,<br>Metilendioxfanfetamina  | Polvo, granulado o cristal                   | Tabletas o cápsulas                    |
|   | 40 mg.                                       | Una unidad con peso no mayor a 200 mg. |
| MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina                      | 40 mg.                                       | Una unidad con peso no mayor a 200 mg. |
| Metanfetamina   | 40 mg.                                       | Una unidad con peso no mayor a 200 mg. |

**Artículo 195 bis.-** Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

- I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
- II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

## 2.4 DELINCUENCIA RELACIONADA CON LAS DROGAS

Los delitos registrados por las autoridades en relación con el consumo personal y el tráfico de drogas, evaluados por separado, aumentaron en el período 2003-2012, lo que se contrapone a la tendencia general a la disminución de los delitos contra la propiedad y los de carácter violento. Sin embargo, se mantuvo estable el porcentaje de delincuentes motivados por las drogas que eran consumidores con antecedentes de delitos relativos al consumo personal, habida cuenta del aumento del número de consumidores durante ese período. En todo el mundo, la gran mayoría de los delitos relacionados con el uso de drogas tiene que ver con el cannabis y la cocaína.

La delincuencia relacionada con el tráfico de drogas varía según el tipo de droga y las pautas de la oferta en las distintas regiones. En su mayoría, los detenidos por delitos relacionados con drogas o sospechosos de haberlos cometido son hombres; la participación de mujeres en ese tipo de delitos varía según el tipo de droga y refleja sus preferencias de consumo. El porcentaje más elevado de detenidas o sospechosas se observa en delitos relacionados con sedantes y tranquilizantes (el 25%). (UNODC, 2015) Es importante destacar que diciembre de 2013 a enero de 2014, incrementaron las denuncias de seis de los ocho delitos de alto impacto en el país.

Algunos de los principales hallazgos sobre los homicidios registrados en el país arrojan que el delito tanto en su modalidad culposa como dolosa disminuyeron, de diciembre de 2013 a enero de 2014, 18.66% y 3.26% respectivamente. Sin embargo, en el caso de no intencionales sobresale que, desde 2006 este ha sido el mes de enero con mayor cantidad de averiguaciones previas por este ilícito. De acuerdo con las estadísticas disponibles en el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), el Estado de México es la entidad federativa que concentró el mayor número de homicidios culposos durante el primer mes de 2014, 12.6% del total nacional. Sin embargo, Michoacán ocupa el primer lugar si recurrimos al análisis del delito bajo la tasa de denuncia por cada 100 mil habitantes. (Reporte sobre delitos de alto impacto. Enero 2014)

## 2.5 MODELO DE GOLDSTEIN

El intento más influyente de establecer las vías de relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos fue llevado a cabo por Paul Goldstein, quien en su clásico artículo "The drugs/violence Nexus. A Tripartite Conceptual Framework", quiso hacer un aporte conceptual para futuras investigaciones empíricas en la materia (Goldstein, 1985). Goldstein presenta su modelo en el contexto de la epidemia del crack en Nueva York, que entonces presentaba altas tasas de homicidios y delitos violentos que fueron asociados a la existencia de un mercado de venta del crack dominado por pandillas juveniles armadas. La caída posterior de la tasa de



criminalidad norteamericana se ha atribuido, en parte, justamente a una disminución en los niveles agregados de consumo de crack y, con ello, a la caída progresiva del mercado del mismo (Johnson, Golub, & Dunlap, 2000; Levitt, 2004).

El modelo planteado por Goldstein puso por esto el acento en la asociación de la droga con la violencia, no con los delitos en general. Posteriormente, sin embargo, el modelo ha sido utilizado constantemente para estudiar el vínculo entre delito y droga en general, sin limitarlo a los delitos violentos. Goldstein presenta una aproximación teórica que permite clasificar el vínculo droga / violencia por medio de tres vías de conexión. Cada una de estas vías debe ser entendida como un “tipo ideal”, asumiendo además que existe y puede existir cierta yuxtaposición entre ellas (Goldstein, 1985).

### **Violencia Sistémica**

En primer lugar, se plantea la violencia sistémica como aquella que se genera en el contexto del mercado ilegal de la droga, en el proceso de producción e intercambio de estas sustancias. Este tipo de violencia es, para Goldstein, intrínseca al involucramiento con cualquier sustancia ilícita y responde a los patrones naturales de interacción en el mercado de la droga: el consumo de drogas, el negocio de las drogas, la violencia y la conexión a las dos de estos fenómenos, son todos los aspectos del mismo estilo de vida en general (Goldstein, 1985). Al operar este mercado fuera de la legalidad, no responde a los límites propios de un mercado tradicional, sino que es regulado por la violencia, que sería el medio para resolver las disputas ante la ausencia de regulación institucional de las interacciones (Hoaken & Stewart, 2003; Fagan & Chin, 1991; White & Gorman, 2000). En este contexto de ilegalidad, el terror, la extorsión, y las represalias serían estrategias permitidas dentro del sistema de vida de quienes se dedican al negocio de la droga (Goldstein, 1985).

En esta línea se incorporaría, además, el efecto de asociación que implica que el uso de drogas ilícitas empuja al consumidor hacia el contacto con traficantes, y, por tanto, con personas que infringen la ley y pueden introducir al usuario de drogas en una subcultura delictiva que redunde, a su vez, en una mayor probabilidad de involucrarse en violencia sistémica (Nurco, Kinlock, & Hanlon, 2004; Inciardi & Pottieger, 1994).

Dado que su foco está puesto en la violencia, Goldstein no considera en este vínculo los delitos contra la ley de drogas, en su mayoría no violentos, lo que sí hacen algunos de los autores que posteriormente han citado su modelo (Bennet & Holloway, 2007; Bennett & Holloway, 2009), en su mayoría considerándolo como un cuarto tipo de vínculo (Pernanen, Brochu, Cousineau, & Sun, 2000).

### Violencia Económico-Compulsiva

Una segunda conexión sería la violencia económica compulsiva, que es aquella que se genera con el fin de conseguir los bienes necesarios para financiar el consumo de drogas. Dado que la mayor parte de los delitos cometidos para conseguir drogas son delitos contra la propiedad, la gran mayoría de los cuales no posee un carácter violento, Goldstein atribuye la violencia al contexto donde se realiza el acto para obtener dinero, sea por características del agresor (nerviosismo, porte de armas), de la víctima (reacción), o por intercesión de terceros.

Como es de esperar, los delitos asociados a un fin económico estarían fuertemente relacionados, en la evidencia internacional, con drogas como la heroína y la cocaína, más caras y de mayor poder adictivo, cuyo uso diario generalmente no se logra financiar con los ingresos legalmente obtenidos (McBride & McCoy, 1993; Bennett & Holloway, 2009; Chaiken & Chaiken, 1990; Goldstein, Belluci, Spunt, & Miller, 1991; Stevens, et al., 2003; Inciardi, McBride, McCoy, & Chitwood, 1997). A esto se suma que muchas veces los consumidores frecuentes de estas drogas son desempleados (McBride & McCoy, 1993), lo que aumenta las probabilidades de involucrarse en delitos con este fin. Este tipo de vínculo es el más común entre adictos a las drogas (Simpson, 2003; Deitch, Koutsenok, & Ruiz, 2000) y en general se relaciona más con delitos contra la propiedad –como hurto o robo a personas-, que con delitos violentos (Anglin & Speckart, 1988; Bennett & Holloway, 2009).

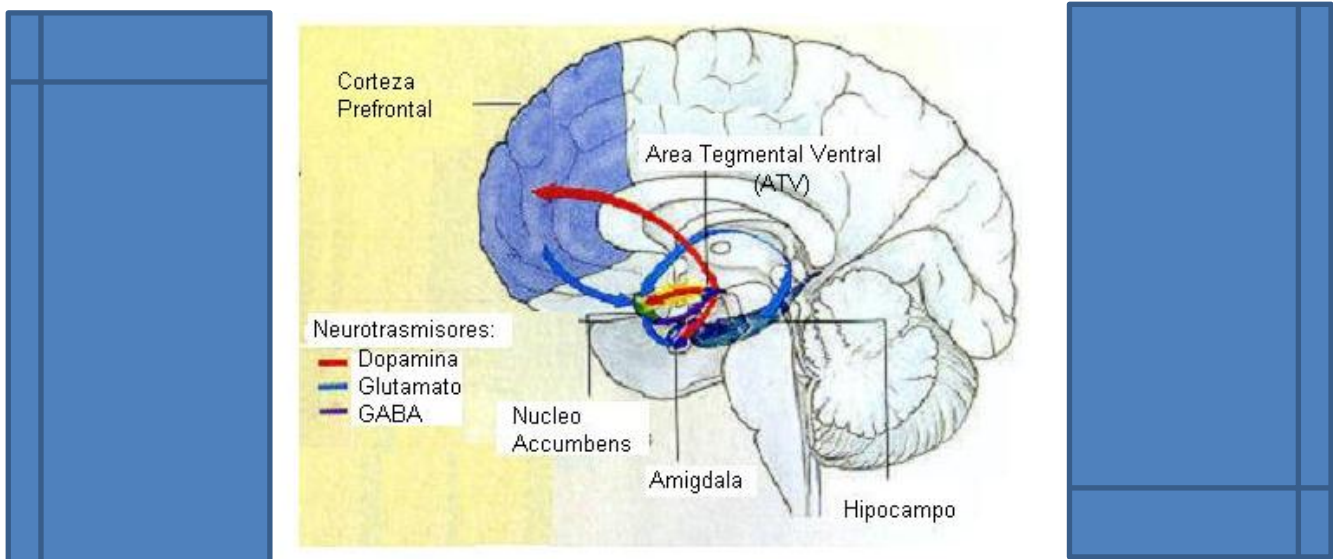
### Violencia Psicofarmacológica

Por último, el tercer vínculo entre violencia y droga que plantea Goldstein es la violencia psicofarmacológica, definida como aquella generada directamente por los efectos psicoactivos de la droga en quien la consume, efectos que provocan en los individuos cambios de estado o pérdida de juicio que lleven a comportamientos irracionales y violentos. El vínculo puede darse también en la medida que el consumidor experimenta el “síndrome de abstinencia”

La evidencia empírica de esta asociación es fuerte únicamente para el vínculo del alcohol y comportamiento agresivo, principalmente por medio de la desinhibición que generaría el estado de ebriedad (Menard & Mihalic, 2001; Deitch, Koutsenok, & Ruiz, 2000; Hoaken & Stewart, 2003; Parker & Auerhahn, 1998; Bennett & Holloway, 2009; Pepler, Craig, Connolly, & Henderson, 2002; Goldstein, Belluci, Spunt, & Miller, 1991; Fagan, 1990; Dawkins, 1997; Martin, Maxwell, White, & Zhang, 2004; Miczek, DeBold, Haney, Tidey, Vivian, & Weerts, 1994). DSM IV- TR define el síndrome de abstinencia como el síndrome específico que se genera debido al cese o reducción del consumo prolongado de una sustancia, y que provoca malestar clínicamente significativo, y deterioro en la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En el caso de la marihuana y la heroína, los resultados son inconsistentes (Goldstein, 1985) o incluso opuestos (Hammersley, 2008; Parker & Auerhahn, 1998), afirmándose que estas drogas pueden disminuir la agresividad y, por tanto, las probabilidades de realizar delitos de carácter violento bajo sus efectos, salvo en casos de síndrome de abstinencia (Parker & Auerhahn, 1998; Hoaken & Stewart, 2003; Miczek, DeBold, Haney, Tidey, Vivian, & Weerts, 1994). Derzon y Lipsey (1999), por su parte, mediante una revisión sistemática de estudios longitudinales relativos al vínculo entre marihuana y comportamiento problemático, muestran una relación positiva entre ambas conductas, principalmente en la adolescencia temprana.

Ahora bien, los mismos autores concluyen que la conexión no predice trayectorias delictuales mayores, primando una relación de comorbilidad entre ambas. Existe cierta evidencia, en cambio, aunque no definitiva, para el vínculo entre cocaína y algunos tipos de delitos, incluidos los de carácter violento (Nurco, Kinlock, & Hanlon, 2004; Goldstein, Belluci, Spunt, & Miller, 1991), que podría verse afectado por las formas de consumo –atribuyéndose mayor violencia al fumar la droga, principalmente como crack- (Parker & Auerhahn, 1998). En esta misma categoría psicofarmacológica, Goldstein incorpora los delitos realizados en circunstancias que la víctima está bajo la influencia de la droga. Aun cuando los mecanismos causales del vínculo víctima-violencia parecen diferir al de agresor-violencia, Goldstein no genera una cuarta categoría, lo que para algunos autores ha redundado en la falta de evidencia empírica al respecto, pues salvo excepciones (French, McCollister, Kébreau Alexandre, Chitwood, & McCoy, 2004), esta subcategoría ha sido poco considerada en investigaciones posteriores (MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003).



**Circuito de recompensa:** En la imagen se muestran las vías nerviosas que se encuentran relacionadas con los cambios de estado o pérdida de juicio que lleven a comportamientos irracionales y violentos en consumidores de drogas.

## 2.6 DESÓRDENES MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO PRODUCIDOS POR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

### INTOXICACIÓN AGUDA

Condición transitoria tras el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, que da como resultado alteraciones del nivel de conciencia, cognición, percepción, emocionales o de comportamiento, u otras funciones psicofisiológicas y respuestas.

### USO PERJUDICIAL Y/O NOCIVO

Patrón de consumo de sustancias psicoactivas que causa daños a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis debido a la auto administración de drogas inyectadas), o mental (por ejemplo, los episodios de trastorno depresivo secundario al consumo excesivo de alcohol).

### SÍNDROME DE DEPENDENCIA

Grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos, donde el uso de una sustancia o una clase de sustancias adquiere una prioridad mucho mayor para un determinado individuo que otras conductas que alguna vez tuvieron un mayor valor. Una característica principal que describe al síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte, a veces abrumador) de consumir drogas psicoactivas (que pueden o no haber sido prescritas médicamente), alcohol o tabaco. Existe evidencia que la recaída en el consumo de sustancias después de un período de abstinencia lleva a una reaparición más rápida de otras características del síndrome en comparación con lo que ocurre en los individuos no dependientes.

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Grupo de síntomas de gravedad variable que se presentan tras abandonar de forma absoluta o relativa el consumo de una sustancia, después de dosis altas repetidas y prolongadas. El inicio y el curso del estado de abstinencia son de tiempo limitado y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis que se utilizó inmediatamente antes de presentar el síndrome. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

### ESTADO DE ABSTINENCIA CON DELIRIO

Condición donde el estado de abstinencia se complica por el delirio. El delirium tremens es un estado de corta duración que se caracteriza por ser un periodo tóxico, de confusión, acompañado de trastornos somáticos que ocasionalmente ponen en peligro la vida. Por lo

general, es una consecuencia de un retiro absoluto o relativo del alcohol en los usuarios severamente dependientes, con una larga historia de uso. Inicia generalmente después de abandonar el consumo de alcohol.

En algunos casos, el trastorno aparece durante un episodio de ingesta excesiva de alcohol. Los síntomas prodrómicos típicamente incluyen insomnio, temblor y miedo. También el delirium tremens puede ser precedido por convulsiones. La tríada clásica de síntomas incluye obnubilación de la conciencia y confusión, alucinaciones vívidas e ilusiones que afectan a cualquier modalidad sensorial, así como temblores fuertes. Los síntomas que pueden llegar a presentarse son: delirios, agitación, insomnio o la reversión del ciclo del sueño, la hiperactividad autonómica, entre otros.

### **TRASTORNO PSICÓTICO**

Grupo de fenómenos psicóticos que ocurren durante o inmediatamente después del uso de sustancias psicoactivas. Se caracteriza por alucinaciones vívidas (generalmente auditivas, pero a menudo percibidas por más de una modalidad sensorial), identificaciones erróneas, ideas delirantes y/o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o persecutorias), alteraciones psicomotrices y un estado afectivo anormal, que pueden ir desde el miedo intenso hasta el éxtasis.

El sistema sensorial se encuentra generalmente alerta, a excepción de cierto grado de obnubilación de la conciencia, sin embargo, la confusión que llega a presentarse no es severa. El trastorno generalmente se resuelve, al menos parcialmente, dentro de 1 mes y completamente en un periodo de los 6 meses.

### **SÍNDROME AMNÉSICO**

Síndrome asociado a un deterioro crónico significativo de la memoria a corto plazo; la memoria de largo plazo a veces se ve afectada, mientras que la memoria inmediata se conserva. Las alteraciones del sentido del tiempo y el orden de eventos y las dificultades para aprender nuevo material suelen ser evidentes. La confabulación (atribución de verdad a una idea falsa) puede ser notoria, pero no siempre llega a presentarse. Otras funciones cognitivas suelen mantenerse relativamente bien conservadas, además los defectos amnésicos son desproporcionados con relación a otros trastornos

### TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL DE COMIENZO TARDÍO

Trastorno en el cual el alcohol o las sustancias psicoactivas inducen cambios en la cognición, las emociones, la personalidad o el comportamiento, más allá del período durante el cual pueda asumirse razonablemente que es un efecto directo relacionado con las sustancias psicoactivas



## 2.7 HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN

### Antecedentes Historicos.

En 1972, es constituido oficialmente como hospital de concentración de los servicios médicos, contando con una plantilla de 12 médicos generales, 29 médicos especialistas, 51 enfermeras y 4 psicólogos.

Así fue que el 11 de mayo de 1976, el entonces presidente de México Lic. Luis Echeverría Álvarez, inaugura el Centro Médico para reclusorios del Departamento del distrito federal y entre los fundamentos que sirvieron para justificar su creación se enumeran los siguientes:

- a. El Centro Médico para Reclusorios esta creado de acuerdo a la política humanista del gobierno para atender con prioridad a la población del sistema penitenciario del Distrito Federal.
- b. Se construyó el Centro Médico de los reclusorios, fuera de los Centros ya que por razón de oficio la función medico asistencial es generalmente incompatible con la función de seguridad y orden de reclusión.
- c. Por ser Centro Médico para reclusorios, una unidad autosuficiente y con los mejores recursos científicos y técnicos podrá dedicarse tanto a la investigación y enseñanza en las área biomédicas, jurídicas, sociales y criminológicas en el seno de las disciplinas médicos legales.
- d. El Centro médico para reclusorios será la autoridad moral normativa que indicará a los centros de reclusorios de origen el tratamiento adecuado para continuar el proceso de rehabilitación y readaptación del interno.

En ese tiempo el Centro Médico para reclusorios del distrito federal dependía directamente, de la dirección general de los servicios médicos del distrito federal y su objetivo fue concentrar a los enfermos, sordomudos e inimputables, procesados y sentenciados de los diferentes reclusorios preventivos, afín de brindarles atención especializada medico quirúrgica, psicología y psiquiátrica.

En los hospitales de la secretaria de salud de la Ciudad de México. además se cuenta con el manual de cuotas de recuperación el cual se actualizó en octubre de 1999 y fue distribuido a las áreas operativas en febrero del 2000, y en esta Unidad Hospitalaria no se integra este Programa por los usuarios que son componentes internos de los Diferentes Reclusorios del Distrito Federal.

En 1981 cesan las Actividades del Centro Médico, sin ser preciso los motivos y la causa probable fue el alto costo del mantenimiento del lugar, razón por la cual toda la estructura física paso a convertirse en el Centro Femenil de Readaptación Social (C.F.R.S) de Tepepan, lugar a donde trasladaron a las internas de la cárcel de Santa Martha Acatitla.

En 1983 el Centro Médico Inicia sus labores, pero como una Unidad Médica pequeña dando atención únicamente a la población femenil y desafortunadamente en 1985 la estructura del Centro Médico resulta afectada por el Terremoto y nuevamente cesa sus actividades. Inicia su remodelación en 1991 prestando atención médica únicamente a la población del Centro Femenil de Readaptación social.

A terminarse de acondicionar, estar rehabilitado y equipado el edificio, el día 15 de marzo de 1997 es reinaugurado, convirtiéndose en ese momento en la Torre Médica para Reclusorios del Distrito Federal, volviendo hacer el centro principal de referencia de los enfermos de todos los reclusorios preventivo y penitenciarios del distrito federal. Al mismo tiempo los servicios médicos del distrito federal se coinvierten en la secretaria de salud del distrito federal.

El Hospital Torre Medica Tepepan inicia su remodelación el año 2009 proporcionando atención en el servicio de atención médica en consulta externa: comunidad para adolescentes, reclusorios y penitenciarias; se reinaugura el 15 de febrero de 2012 como Hospital General Torre Medica Tepepan brindando atención especializada, medico quirúrgica, psiquiátrica y psicológica. A partir del 1º. de junio del 2001 el Lic. Andrés Manuel López Obrador arranca el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos el cual beneficia a los pacientes internos en reclusorios privados de su libertad.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando hablamos de salud mental en los internos de algún centro de reclusión, son pocos los documentos que nos indican sobre el estado de salud y más escasos o nulos si se abarca solo la esfera Neuropsiquiatrica. Es por ello que si realizamos un análisis sobre la salud mental podemos observar como representa desde hace tiempo una cuenta pendiente para la salud pública de muchos países del mundo, y ha quedado siempre relegada frente a otros padecimientos que las políticas públicas consideran prioritarios. Por esa razón los recursos invertidos en salud mental suelen ser pocos e insuficientes. En las Américas, en promedio solo 1.53% del gasto total en salud está destinado a salud mental.

Los modelos asistenciales implementados priorizaron claramente la sanación por sobre la promoción y la prevención de la salud, y se hicieron efectivos a través de paquetes de servicios básicos que garantizan un número definido de acciones en salud. Un ejemplo de ello es el Seguro Popular, que, si bien ha reducido de manera considerable algunas demandas de atención en salud, resulta insuficiente en su cobertura para el campo de la salud mental.



Hoy México experimenta una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales que constituyen un problema importante de salud pública debido a su elevada prevalencia, la gran carga de enfermedad que generan y los altos costos económicos y sociales que producen.

A nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12,2% y 48,6%, mientras que la prevalencia anual rondaría entre 8,4% y 29,1%.

Es aquí donde muestro la premisa sobre el nivel de prioridad que hoy representa el abordaje de la salud mental en México en especial para este grupo de personas privados de la libertad; estando en diversas ocasiones involucrados con el uso o abuso de sustancias creando dependencias farmacológicas o adicción a muchas sustancias de tipo psicoactivas.

De esta forma, todo lo que se haga en las distintas dimensiones de la ley, sea en el ámbito judicial, medidas cautelares, la ejecución de sanciones privativas y no privativas de la libertad y la reinserción social, deben ser abordados desde un eje medular que son los derechos humanos.

Se sabe que la asociación de los trastornos mentales al consumo de drogas puede ser altamente perjudicial no solo para el que la consume, pues hablamos de más de 200 padecimientos cronicodegenerativos asociados al consumo de drogas, sino también para quienes le rodean y potencialmente para la sociedad completa, ya que la sociedad se ve amenazada por este sector como son los asaltos, violencia, abuso sexual etc.

Esta situación se torna alarmante ya que la mayoría de los primo-delincuentes son adolescentes y una vez que se exponen al uso o abuso de la sustancia alteran el proceso de maduración cerebral a nivel biológico, psicológico y social trayendo como consecuencia una mayor vulnerabilidad social; que asociado a un nivel académico bajo, una escases de recursos económicos, sociales, culturales, mínimas oportunidades de desarrollo individual y de los que lo rodean, generan las condiciones que permiten que el impacto de dicho consumo sea de mayor impacto y mucho más difícil de rehabilitar.

El sistema nervioso es un sistema cerrado, pero a su vez dinámico pues reorganiza y modifica los mecanismos bioquímicos, biológicos, eléctricos y fisiológicos que posee. Esta neuroplasticidad implica cambios en el tejido neural que incluye regeneración axonal, colateralización, neurogénesis, sinaptogénesis y reorganización funcional, entre otros mecanismos; estos se encuentran en constante desarrollo por lo que es importante realizar una evaluación precisa de esta población y que tanto se vieron involucrados estas modificaciones neuronales con la ejecución del delito.

La delincuencia en México ha crecido sin duda alguna, basta con citar que en Junio del 2014, se encontraban un total de 40 417 personas se encontraban privadas de la libertad en alguno de los 10 centros de reclusión de la Ciudad de México para población adulta; así como 2800 adolescentes en alguno de los 6 Comunidades Especializadas para adolescentes del sistema penitenciario, dando un total de la población de 43 913 internos; cifras que han aumentado en comparación con años anteriores. Menos de 5% eran mujeres, 84% había sido involucrada en la comisión –o presunta comisión– de un delito del fuero común, 80% compurgaba una sentencia y 20% estaba en prisión preventiva.

| RECLUSORIOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO   | Población Total |
|--|-----------------|
| Reclusorio Preventivo Varonil Norte  | 11,896          |
| Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte                         | 428             |
| Reclusorio Preventivo Varonil Oriente  | 12,616          |
| Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente                       | 432             |
| Reclusorio Preventivo Varonil Sur  | 8,009           |
| Penitenciaría del Distrito Federal   | 2,809           |
| Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI)                       | 384             |
| Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (CEVARESO)          | 2,481           |
| Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (CFRESSMA)          | 1,695           |
| Centro Femenil de Reinserción Social "Hospital Gral. Torre Medica Tepepan"     | 226             |
| Centro de Sanciones Administrativas "Torito"                                   | 106             |
| Comunidad de Diagnóstico Integral para Adolescentes (CDIA)                     | 212             |
| Comunidad Especializada para Adolescentes "Dr. Alfonso Quiroz Cuarón" (CEA-QC) | 14              |
| Comunidad para el Desarrollo de los Adolescentes (CDA)                         | 67              |
| Comunidad para Mujeres (CM)  | 37              |
| Comunidad Externa de Atención para Adolescentes (CEAA)                         | 2,292           |
| Comunidad de Tratamiento Especializado para Adolescentes (CTEA)                | 209             |
| <b>Total</b>   | <b>43,913</b>   |

La responsabilidad de proveer condiciones de vida digna y velar por la reinserción de las personas en reclusión incumbe a la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, a través de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario. Por su parte, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal coordina la atención a la salud para esta población, a través de la operación de unidades médicas en la mayoría de los centros de reclusión. Este fenómeno se da por diversas causas, teniendo graves consecuencias en la sociedad. Tenemos entre alguna de las causas y la más mencionada por ellos la falta de trabajo, sin embargo, existen factores condicionantes o facilitadores como la familia, la sociedad, el gobierno, salud mental, violencia y consumo de sustancias psicoactivas naturales o sintéticas. Se sabe que el ser humano se vuelve agresivo bajo influencia de alguna de estas sustancias y que la persona adicta es

capaz de cualquier cosa por conseguirlas. Es por ello que distintas Instituciones dedicadas a la prevención de adicciones y la intención de esta investigación tratan de darle una verdadera solución al problema que impacte en la salud mental de los adolescentes, evitando ser reclusos, mejorando la sociedad y la seguridad misma.

#### 4. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la investigación es describir la frecuencia de internas que refieren haber estado intoxicadas o con síndrome de abstinencia al momento de cometer el delito por el que se encuentran privadas de la libertad.

#### 5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los factores sociodemográficos en los que se encuentra esta muestra.
- Describir el posible vínculo entre la conducta delictiva y el consumo de sustancias.
- Estimar la prevalencia de drogas que consumieron antes de cometer el delito
- Describir que delitos se asocian al consumir sustancias psicoactivas.
- Describir las necesidades que posee esta muestra para el tratamiento de las adicciones

#### 6. JUSTIFICACION

Existen muy pocos documentos médicos que sustentan que hay daños permanentes y modificación de estructuras cerebrales clave que hacen que el delincuente reincida y siga cometiendo delitos; por lo tanto el presente trabajo busca avanzar sobre el tema y documentar como las adicciones al tener un sustrato biológico muy importante y que las drogas se encuentran relacionadas con alteraciones orgánicas a nivel cerebral, hacen que el paciente en una fase inicial tenga un efecto benéfico, sin embargo al ser adictivas cada una de ellas, algunos individuos se ven afectados al exponerse a dichas sustancias provocando “Neuroadaptación” que tiene como consecuencia cambios o daños en áreas críticas del cerebro, como son corteza prefrontal, hipocampo y amígdala, estructuras que se encuentran relacionadas con el aprendizaje, planeación y control de impulsos, que hacen que el enfermo cometa actos ilícitos o reincida nuevamente en el consumo; incluso en contra de su voluntad.

Las instituciones psiquiátricas de México no se excluyen de esta realidad, al contrario, las reproducen. Si se avanza en el tema los delincuentes no tendrían que ser evaluados de forma general, al igual que aquellos que no consumieron drogas y al implementar un primer paso por los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA); podríamos crear nuevos canales de rehabilitación que muestren un verdadero proceso de conciencia de enfermedad, haciendo que el primo delincuente no se vea afectado por el sistema penitenciario, que hoy lejos de ser un centro de rehabilitación es una escuela para delincuentes.

## 7. METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio de tipo transversal, descriptivo; realizado dentro del Hospital torre Medica Tepepan; el cual se trata de un centro de reclusión de mujeres del Distrito Federal; que tiene como característica, contar con las especialidades médicas y quirúrgicas que puedan dar un seguimiento o tratamiento definitivo a las internas.

### 7.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra se tomó como referencia la clasificación interna de cada uno de los dormitorios, encontrando que en el dormitorio 1 y 2 se encuentran la mayor parte de internas sin patología psiquiátrica y con un total de 58 internas. La selección de la muestra fue por conveniencia, el cual es un método no probabilístico, es decir, las internas que participaron en la investigación se seleccionaron porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico.

De las características que impiden la selección de la muestra por algún otro método es:

- La difícil accesibilidad a las zonas de castigo de algunas de ellas
- Las actividades laborales que realizan dentro del centro penitenciario,
- La desconfianza de custodios en zonas de alta seguridad.
- Los trámites administrativos para poder estar con ellas dentro de sus dormitorios.
- La desconfianza de las propias internas al inferir que dichos trabajos perjudicarían su estancia o les ocasionaría un traslado a otro centro penitenciario con características distintas.

Dada la complejidad de la investigación y la búsqueda especializada de resultados relacionados con el consumo de drogas, tanto el abordaje de las internas como el proceso de la aplicación de las encuestas fue por el mismo investigador y no se requirió de personal en capacitación, se identificó que considerar a una persona especializada en el tema para la aplicación de las encuestas mayor eficiencia operativa, así como mayor calidad en el levantamiento.

### 7.2 LOGÍSTICA DE LA OPERACIÓN

De esta forma, el operativo consideró 4 fases;

- a) Identificación de los dormitorios seleccionados en el campo de estudio
- b) Presentación y explicación a las internas seleccionadas el motivo del estudio

- c) Proporcionar los consentimientos informados, ficha de Identificación y tarjetas de respuestas del ASSIST.
- d) Aplicación de las encuestas (Prueba ASSIST, Cuestionario de relación del delito con el consumo de drogas y Cuestionario de búsqueda de adicción, intoxicación aguda, uso perjudicial y/o nocivo, dependencia o síndrome de abstinencia)

### 7.3 INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados para el levantamiento de la información fueron:

1. Prueba ASSIST (Riesgo Asociado al Consumo de Drogas)
2. Cuestionario de búsqueda de intoxicación o síndrome de abstinencia a la sustancia
3. Cuestionario de relación del delito con el consumo de drogas

#### 7.3.1 ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST que es la que se aplicó en éste estudio, consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| ■ Tabaco                          | ■ Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas) |
| ■ Alcohol                         | ■ Alucinógenos                                       |
| ■ Cannabis                        | ■ Opiáceos   |
| ■ Cocaína                         | ■ Otras drogas                                       |
| ■ Estimulantes de tipo amfetamina |  |
| ■ Inhalantes                      |  |

La prueba ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

### Riesgo bajo

Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de 'tres o menos' ('10 o menos' para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

### Riesgo moderado

Los usuarios que obtuvieron una puntuación de 'entre 4 y 26' ('11 y 26' para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia.

### Riesgo alto

Una puntuación de '27 o más' en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo

|                 | Alcohol   | Todas las demás sustancias |
|-----------------|-----------|----------------------------|
| Riesgo bajo     | 0-10      | 0-3                        |
| Riesgo moderado | 11 a 26   | 4 a 26                     |
| Riesgo alto     | más de 27 | más de 27                  |

Las preguntas que se realizan son:

1. (P1) A lo largo de la vida ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez a lo largo de la vida?
2. (P2) En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia ha consumido las sustancias que menciono?
3. (P3) En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir?
4. (P4) En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia el consumo de esas drogas le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?
5. (P5) En los últimos tres meses ¿con que frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de la droga?
6. (P6) ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de la droga?
7. (P7) ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de la droga y no lo ha logrado?
8. (P8) ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas de la P2 a la P7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas.

Si un usuario se ha estado inyectando con regularidad en los últimos tres meses, puede que haya que derivarlo a un servicio especializado para evaluación y tratamiento.

### **7.3.2 CUESTIONARIO DE BUSQUEDA DE ADICCION, INTOXICACIÓN AGUDA, USO PERJUDICIAL Y/O NOCIVO, DEPENDENCIA O SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

El siguiente Instrumento que se aplicó fue Cuestionario de búsqueda de Intoxicación aguda o síndrome de Abstinencia, instrumento que fue elaborado por el investigador con base en el conocimiento de los signos y síntomas que presenta el usuario de drogas.

Estos criterios se sustentan conforme a lo establecido dentro del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES publicado por la American Psychiatric Association en su versión IV-TR y es el manual de referencia mundial en salud mental, actualmente ya con su versión más reciente el número V.

Las preguntas que se consideraron para este apartado fueron:

1. ¿Consumes drogas desde mucho antes de ingresar al penal?
2. ¿Al momento de la detención recuerdas con claridad lo que sucedió?
3. ¿Habías consumido droga antes de cometer el delito?
4. Durante tu estancia en la cárcel, ¿cambió o ha cambiado su estado físico o emocional al no estar en contacto con la sustancia que acostumbras a consumir fuera del centro penitenciario?
5. El consumo de drogas ¿te ha hecho encontrarte nuevamente privada de tu libertad?
6. ¿Puedes dejar algún tiempo sin consumir drogas, sin gran esfuerzo o sentirte mal?
7. ¿Conoces los daños físicos o mentales que te pueden ocasionar el consumo de drogas?
8. ¿Has sido internada en un lugar especializado para el tratamiento de las adicciones?

### 7.3.3 RELACION DEL DELITO CON EL CONSUMO DE DROGAS

El tercer instrumento que se aplicó fue un cuestionario con preguntas claves sobre el delito y la relación del mismo con la droga. En Latinoamérica la delincuencia, así como el abuso de drogas, se explican también por múltiples causas, entre ellas las brechas de inequidad, la inestabilidad social, la concentración urbana y los niveles de control social, a los cuales hay que agregar aspectos ambientales, como también los psicológicos y biológicos que pueden llegar a desencadenar tales conductas -independientemente de los aspectos sociales- o bien pueden estar reforzados o ser activados por éstos.

Estudios internacionales han constatado que, en comparación con la población general, los delincuentes presentan elevadas tasas de consumo de drogas y es frecuente que pertenezcan a ese grupo los consumidores problemáticos de drogas; sin embargo, la relación entre drogas y delincuencia no es ni sencilla ni lineal. Tampoco es generalizable: muchos delincuentes reincidentes no consumen drogas y muchos drogodependientes no cometen delitos.

Es por ello que este cuestionario busca cuantificar el número de internas que al haber consumido drogas antes de cometer el delito, se ven influenciadas por los efectos de la droga; situación que se relaciona con el **Modelo Psicofarmacológico de Goldstein**, definido como aquel que fue generado directamente por los efectos psicoactivos de la droga en quien la consume, efectos que provocan en los individuos cambios de estado o pérdida de juicio que lleven a comportamientos irracionales y violentos, dicho vínculo puede darse también en la medida que el consumidor experimenta el “Síndrome de abstinencia”



Las preguntas que se aplicaron fueron las siguientes:

1. El delito que actualmente la tiene en condición de privada de libertad, ¿lo cometió bajo los efectos de alguna droga?
2. ¿Cree usted que hubiera cometido ese delito si no hubieses estado intoxicada por la droga?
3. ¿El delito se vinculó con el uso de drogas como medio para darte ánimo y poder cometerlo?
4. ¿El delito fue para lograr la compra de más droga para tu consumo?
5. ¿El delito se vinculó con la muerte de alguna persona?

Una vez recolectada la información de los internos seleccionados, se realizó el procesamiento y análisis de datos con la herramienta estadística Minitab 16. Dicho análisis incluye estadística descriptiva, distribución de frecuencias, análisis de los datos; el almacenamiento de la base de datos, medidas de tendencia central, tablas etc. Se elaboraron con el apoyo de Microsoft Excel 2013

#### **7.4 CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Internas del Hospital Torre Médica Tepepan
2. Internas mayores de 18 años y menores de 70 años
3. Internas que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado
4. Internas de los dormitorios 1 y 2 del complejo penitenciario.

#### **7.5 CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Internas que sean mayores de 70 años
2. Internas con trastornos psiquiátricos que muestren alteración de la conciencia
3. Internas que no acepten los criterios de inclusión mencionados

#### **7.6 UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DEL ESTUDIO**

Por motivos de seguridad para el investigador y de confidencialidad hacia las internas se decidió realizar las entrevistas en las celdas de cada una de las seleccionadas. La aplicación de las entrevistas se realizaron en un fin de semana que facilitara su abordaje, al encontrarse libres de actividades de trabajo o visita familiar.

En cada una de las visitas se requirió de la asistencia y vigilancia por parte de custodios del sistema penitenciario.

## 7.7 LOGISTICA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó en el mes de marzo del año 2016; dentro de las instalaciones del Hospital General torre Medica Tepepan en el complejo de dormitorios del centro penitenciario, en compañía de custodia propia de los dormitorios seleccionados.

En un primer momento se le informa cada uno de los participantes que el presente trabajo tenía fines académicos y su información sería totalmente confidencial; todo esto leído y quedando de acuerdo ambas partes firmando el Consentimiento Informado. Aquellos internos que no les interesara participar en el trabajo se le hizo saber que era su derecho rehusarse sin ninguna represaría en su contra.

Para llevar a cabo este trabajo se requirió de la participación de 1 Medico con experiencia en el campo de las adicciones y con conocimiento sobre el tipo de internas dentro del complejo (investigador).

Referente a los recursos materiales que serán indispensables para la aplicación del estudio se requerirá de más de 60 encuestas de cada uno de los instrumentos a realizar.

## 7.8 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

| VARIABLE          | DESCRIPCION                       | ESCALA DE MEDICION   |
|-------------------|-----------------------------------|--|
| Edad              | Años de vida cumplidos            | Escala cuantitativa discreta, en años  |
| Estado civil      | Condición legal de convivencia    | Escala cualitativa nominal<br>0- Soltera<br>1- Casada<br>2- Unión libre<br>3- Divorciada<br>4- Viuda<br>5- Separada                                  |
| Nivel de estudios | Nivel de conocimientos terminados | Escala cualitativa nominal<br>0. Sin escolaridad<br>1. Primaria<br>2. Secundaria<br>3. Preparatoria<br>4. Licenciatura<br>5. Posgrado o especialidad |

|                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| Número de hijos                | Propios y de su pareja                              | Escala cuantitativa discreta   |
| Trabajo previo                 | Puesto o si está desempleado                        | Escala cualitativa nominal<br>0. Sin ocupación<br>1. Situación de calle<br>2. Estudiante<br>3. Ama de casa<br>4. Subempleado/eventual<br>5. Empleado/comerciante.  |
| Tipo de delitos                | Motivo principal que justifica su reclusión.        | Escala cualitativa nominal dicotómica:<br>1. Homicidio culposo<br>2. Secuestro o privación ilegal de la libertad<br>3. Delitos contra la salud (narcóticos o drogas)<br>4. Delitos relacionados con armas<br>5. Robo<br>6. Delincuencia Organizada<br>7. Violación/ Tumultuaria<br>8. Tentativa de homicidio<br>9. Lesiones / agresiones<br>10. Terrorismo<br>11. Asociación Delictuosa<br>12. Tráfico ilegal de personas<br>13. Tráfico de autos ilegales<br>14. Extorción<br>15. Corrupción de menores |
| Número de veces recluso        | Especifica si es propia o no del entrevistado       | Escala cualitativa nominal<br>0. Primera vez<br>1. Dos ocasiones<br>2. Tres o más  |
| Tipo de vivienda               | Especifica si es propia o no del entrevistado       | Escala cualitativa nominal<br>3. Propia<br>4. Rentada  |
| Sostén económico de la familia | Especificar si es él, el principal sostén económico | Escala Cualitativa nominal dicotómica:<br>0. No<br>1. Si   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Ingresos mensuales previos a su ingreso al penal | Se anota la cantidad aproximada de dinero que percibe de su trabajo o que le brindan sus padres o tutores                     | Escala cuantitativa discreta expresada en pesos.   |
| Diagnóstico Clínico                              | Se registra el diagnóstico que le da la condición de interno de esta Torre de especialidades médicas como centro de reclusión | Escala cualitativa nominal dicotómica:<br>1. Diabetes Mellitus<br>2. Hipertensión arterial<br>3. Abdomen Agudo, etc. |

El Análisis univariado, se realizará con el objetivo de identificar inconsistencia en la recolección y captura de los datos. Se analizará la distribución de las variables de interés, se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos, cuartiles) para las variables continuas, así como para las variables categóricas y se definirán categorías para cada puntaje de la prueba ASISST, haciendo énfasis en las posibles recomendaciones conforme a los resultados.

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS PERTINENTES

### TÍTULO SÉPTIMO DE LA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Art. 166. Los temas de las investigaciones, con el propósito de mejorar la salud, considerarán el proceso de la enfermedad en su sentido más amplio, abarcando la investigación básica, la clínica, la epidemiológica, los aspectos sociales y los sistemas de salud

### LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

Art. 6, 7, 11

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley.

Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

## I. TITULO SEGUNDO

### CAPITULO I DISPOSICIONES COMUNES

Art 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Art 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo

IV.- Deberán prevalecer beneficios esperados sobre los riesgos Predecibles

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento,

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad,

Art 16.- privacidad del individuo sujeto de investigación

### CAPÍTULO VII, DE LA EVALUACIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA

Art 71. Evaluación necesaria para la adecuada prestación de los servicios

Art 72. Se entenderá por evaluación del Sistema al estudio con bases científicas, diseñado específicamente para medir y explicar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando los objetivos y metas definidas en la operación del Sistema. Los resultados de la evaluación permitirán adecuar las estrategias de operación y la definición de las políticas relacionadas con el Sistema, debiendo contribuir con información para los procesos de transparencia y rendición de cuentas, debiendo la Comisión publicar, a través de los medios de comunicación electrónicos, los resultados obtenidos en la evaluación una vez que se cuenten con ellos.

## TITULO QUINTO /INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

Art 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto, enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.  
La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;
- VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y
- VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Art 102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- I. Solicitud por escrito;
- II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;
- III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
- IV. Protocolo de investigación, y
- V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma

Art 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar recursos terapéuticos o de diagnóstico bajo investigación cuando exista posibilidad, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente,

Art 115.- La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

- V. Promover investigaciones químicas, biológicas, sociales y económicas, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos, para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población

## LEY DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Art 6, la Comisión Nacional tendrá las siguientes atribuciones:

XIII.- Formular programas y proponer acciones en coordinación con las dependencias competentes que impulsen el cumplimiento dentro del territorio nacional de los tratados, convenciones y acuerdos internacionales signados y ratificados por México en materia de derechos humanos;

XIV.- Proponer al Ejecutivo Federal, en los términos de la legislación aplicable, la suscripción de convenios o acuerdos internacionales en materia de derechos humanos;

## REGLAMENTO DE RECLUSORIOS Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL

### CAPITULO I / DISPOSICIONES GENERALES

Art 20.- El Departamento del Distrito Federal está obligado a proporcionar a los reclusorios alimentación de buena calidad. Esta deberá programarse por un dietista semanalmente y distribuirse en tres comidas al día.

Art 40.- Al ingresar a los reclusorios preventivos, los indiciados serán invariablemente examinados por el médico del establecimiento, a fin de conocer con precisión su estado físico y mental.

Si como resultado del examen médico fuere conveniente un tratamiento especializado, el Director del Reclusorio dictará las medidas necesarias para que el interno sea trasladado al Centro Médico de los Reclusorios, lo que comunicará por escrito a los familiares, defensores o personas de su confianza dentro de las 24 horas siguientes.

Art 67.- El trabajo de los internos en los reclusorios, se ajustará a las siguientes normas:

(En casos en los que se tenga que pagarle al recluso por trabajos de investigación)

II.- la capacitación para el mismo, serán retribuidas al interno;

III.- Se tomará en cuenta la aptitud física y mental del individuo, su vocación, sus intereses y deseos, experiencia

IV.- En ningún caso el trabajo que desarrollen los internos será denigrante, vejatorio o aflictivo;

V.- La organización y métodos de trabajo se asemejarán al trabajo en libertad;

VI.- La participación de los internos no será obstáculo para que realicen actividades educativas, artísticas, culturales, deportivas, cívicas, sociales y de recreación;

IX.- El salario nunca será menor al mínimo general vigente en el Distrito Federal, por jornada laborada.

## DECLARACION DE HELSINKI DE 1964 DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

La investigación médica no puede realizarse a menos que la importancia de su objetivo mantenga una proporción con el riesgo inherente al individuo”. “Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe contar con la libertad de utilizar un nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión da la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o mitigar el sufrimiento”.

La Declaración afirma que en lo que sea posible, de acuerdo con la psicología del paciente, el médico debe obtener el consentimiento del enfermo, dado libremente, después de que se le haya dado una explicación completa. La Declaración hace una “distinción fundamental” entre la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y la investigación médica cuyo objetivo especial es puramente científico y sin representar un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona sujeta a la investigación.

La Declaración es muy detallada; señala que el deber del médico es permanecer en su rol de protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica. El médico debe dar la información adecuada de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar, y la investigación clínica de un ser humano no se puede llevar a cabo sin su libre consentimiento y debe obtener el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito. Indica que la persona involucrada debe encontrarse en condiciones legales, físicas y mentales tales que puede ejercitar plenamente su poder de elección.

## PROTOCOLO DE ESTAMBUL

### Capítulo I /NORMAS JURIDICAS INTERNACIONALES APLICABLES

### Capítulo II / CODIGOS...ETICOS PERTINENTES

#### B. La Ética de la atención de salud

51. Existen claros vínculos entre los conceptos de derechos humanos y el arraigado principio de la Ética en la atención de salud. Las obligaciones Éticas de los profesionales de la salud se articulan en tres niveles que quedan reflejados en los documentos de las Naciones Unidas de la misma forma que lo están con respecto a la profesión jurídica. Forman asimismo parte de las declaraciones emitidas por organizaciones internacionales representativas de los profesionales de la salud, como la Asociación Médica Mundial, la Asociación Psiquiátrica Mundial y el Consejo Internacional de Enfermeras. Las asociaciones médicas nacionales y las organizaciones de enfermeras también establecen códigos deontológicos que sus miembros deben respetar.



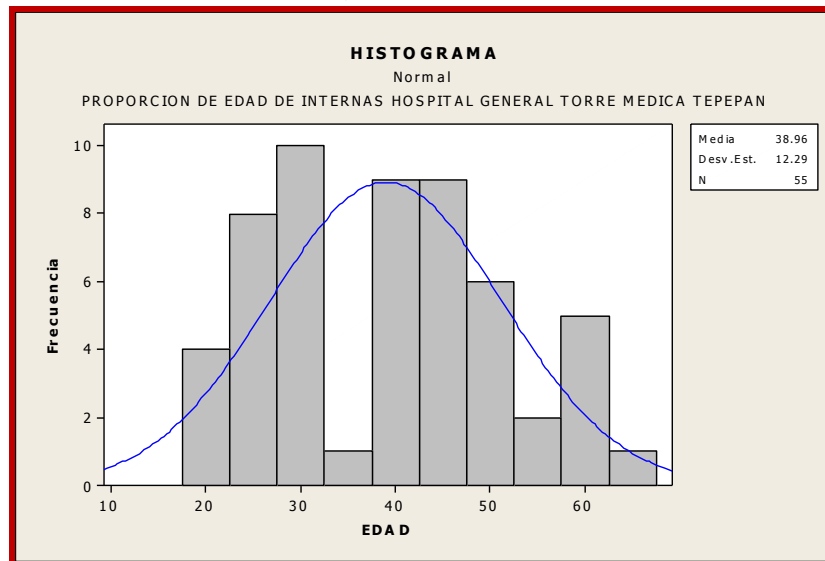
## 9. RESULTADOS

### 9.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

La información que se obtuvo durante el operativo de campo sobre la frecuencia del delito asociado al consumo de drogas comprendió entrevistas dirigidas a internas que se encontraban reclusas por algún delito en el Hospital Torre Medica Tepepan; estas entrevistas fueron aplicadas en los dormitorios 1 y 2 de 10 dormitorios que existen dentro de dicho centro penitenciario. La muestra recolectada fue un total de 58 internas, que se seleccionaron bajo una técnica de muestreo no probabilística (conveniencia) misma que por el tipo de población se encuentran sujetas a un reglamento y restricción de visita en algunos casos; así como celdas de alta seguridad, que dificulta su accesibilidad y la entrevista de las mismas. Durante las entrevistas a las 58 internas 3 de ellas no desearon participar por temor a ser trasladadas a otra celda o a otro centro penitenciario que no cumpliera con las comodidades o servicios de especialidad que este les ofrece. Finalmente de las 55 internas que firmaron su hoja de consentimiento informado y que recibieron previamente información sobre los motivos de la investigación, se arrojaron los siguientes resultados de las variables sociodemográficas:

#### a. Edad

El promedio de edad se encuentra en los 39 años con un rango de 19 y teniendo una edad mínima de 19 años y como edad máxima de 63 años. Esto nos hace ver que se trata de mujeres adultas jóvenes en edad productiva y que el encontrarse en esta situación sus hijos o dependientes de ellas se encuentran de igual manera afectados.

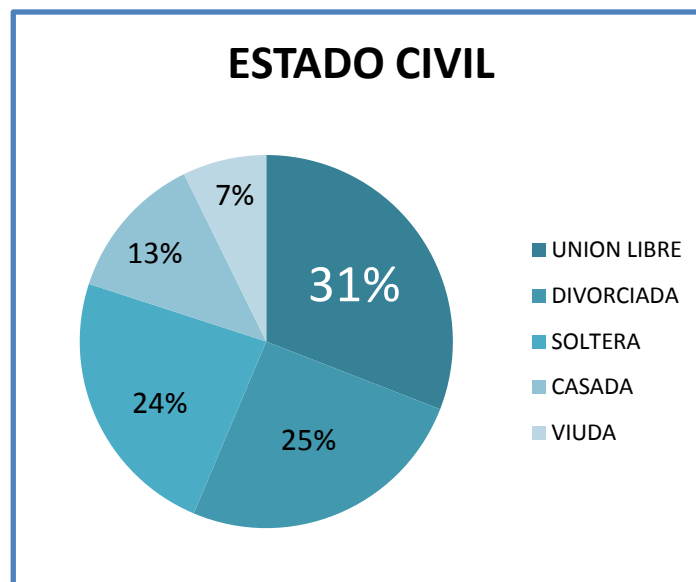


Grafica 1 Representa la frecuencia de edad que predomina en la población de internas del Hospital General Torre Medica Tepepan, en la que se observa que la mayor proporción se trata de adultas jóvenes de 38.96 años y una desviación estándar de 12.29.

| ESTADISTICA DESCRIPTIVA EDAD |             |
|------------------------------|-------------|
| MEDIA                        | 39.9666667  |
| MEDIANA                      | 40          |
| MODA                         | 38          |
| DESVIACIÓN ESTÁNDAR          | 12.29085336 |
| VARIANZA DE LA MUESTRA       | 151.5       |
| CURTOSIS                     | -1.03413808 |
| COEFICIENTE DE ASIMETRÍA     | 0.14823851  |
| RANGO                        | 44          |
| MÍNIMO                       | 19          |
| MÁXIMO                       | 63          |
| SUMA                         | 2115        |
| CUENTA                       | 55          |
| MAYOR (1)                    | 63          |
| MENOR(1)                     | 19          |
| NIVEL DE CONFIANZA (95.0%)   | 3.35958296  |

### b. Estado Civil

El estado civil fue otra variable estadística que se consideró encontrándose que 17 internas que corresponden al 31% del total de la muestra se encuentran en unión libre; 14 (25%) son divorciadas, 13 (24%) son solteras, 7 (13%) casadas y finalmente 4 de ellas que corresponden al 7% son viudas.



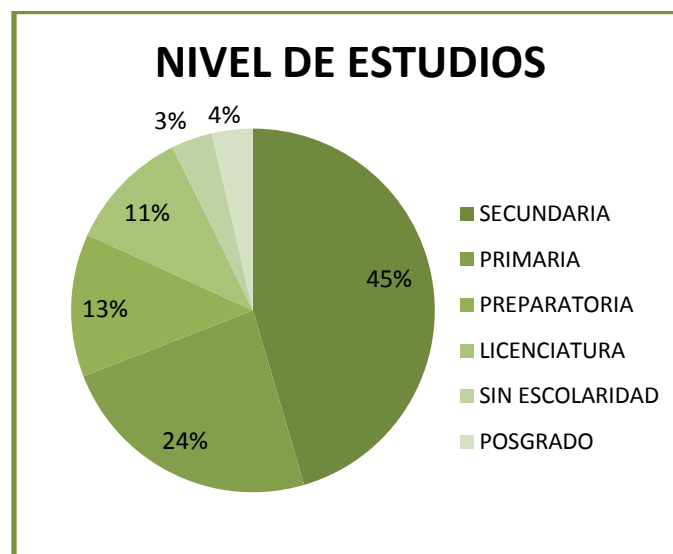
Grafica 2. Muestra como la mayoría decide tener una relación con su pareja como unión libre y dejando en menor porcentaje a las que deciden acordar un régimen legal vinculante.

### c. Nivel de estudios

En lo que se refiere al nivel de estudios solo el 3% de la muestra refiere no tener escolaridad, el 24% solo refiere haber estudiado hasta la primaria; el 45% que es la mayor parte de la muestra refiere estudios de nivel secundaria; el 13% de la muestra cuenta con estudios de preparatoria, 11% de la mujeres entrevistadas refieren estudios de Licenciatura principalmente en el área de la administración de empresas y finalmente un 4% contestaron que cuentan con estudios de posgrado.

De forma consistente con información obtenida de otros estudios dentro de los centros penitenciarios el nivel secundaria es lo más frecuente dentro de esta población

| NIVEL DE ESTUDIOS | TOTAL DE INTERNAS | PORCENTAJE |
|-------------------|-------------------|------------|
| SIN ESCOLARIDAD   | 2                 | 3%         |
| PRIMARIA          | 13                | 24%        |
| SECUNDARIA        | 25                | 45%        |
| PREPARATORIA      | 7                 | 13%        |
| LICENCIATURA      | 6                 | 11%        |
| POSGRADO          | 2                 | 4%         |
| TOTAL             | 55                | 100%       |

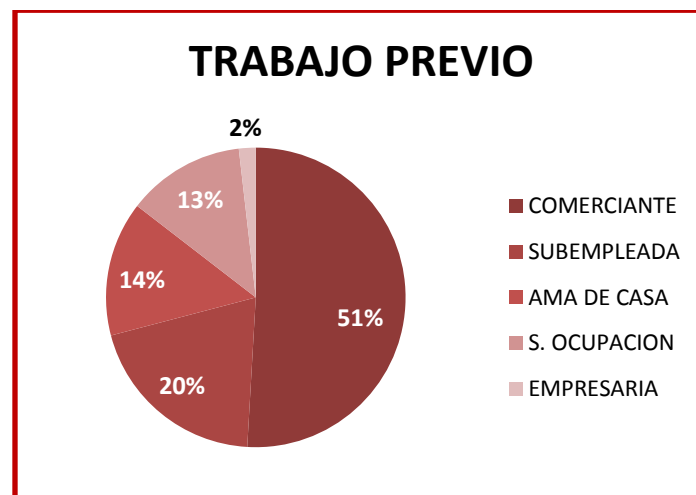


Grafica 3. Nivel de estudios: El esquema muestra el Nivel Secundaria con mayor prevalencia, seguido del Nivel Primaria

#### d. Trabajo previo

En lo que se refiere al trabajo previo el 51% refieren ser comerciantes, 20% subempleadas, 14% amas de casa, 13% sin ocupación y un 2% empresarias. Es importante resaltar que el porcentaje las entrevistadas que no tienen trabajo, son mujeres vulnerables que pueden ser influenciadas por personas del crimen organizado.

| TRABAJO PREVIO | Total de internas | Porcentaje |
|----------------|-------------------|------------|
| S. OCUPACION   | 7                 | 13%        |
| EMPRESARIA     | 1                 | 2%         |
| AMA DE CASA    | 8                 | 15%        |
| SUBEMPLEADA    | 11                | 20%        |
| COMERCIANTE    | 28                | 51%        |
| TOTAL          | 55                | 100%       |



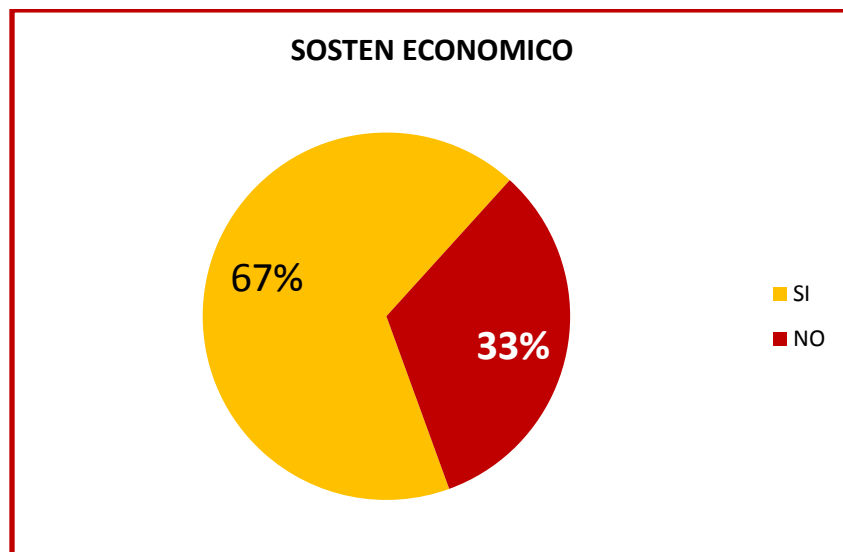
Grafica 4. Trabajo previo. La grafica muestra como el 51% son comerciantes, trabajos que a pesar de ser muy esclavizados se obtienen grandes ingresos.

Si bien debido a los instrumentos de recolección de información no es posible calcular de forma exacta si este grupo de población se encuentra en pobreza o es vulnerable a los diferentes carteles que existen México; el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), estimó una aproximación al mismo al construir los indicadores de carencias que lo componen, así como una aproximación a los indicadores de bienestar por ingresos.

### e. Ingresos Económicos

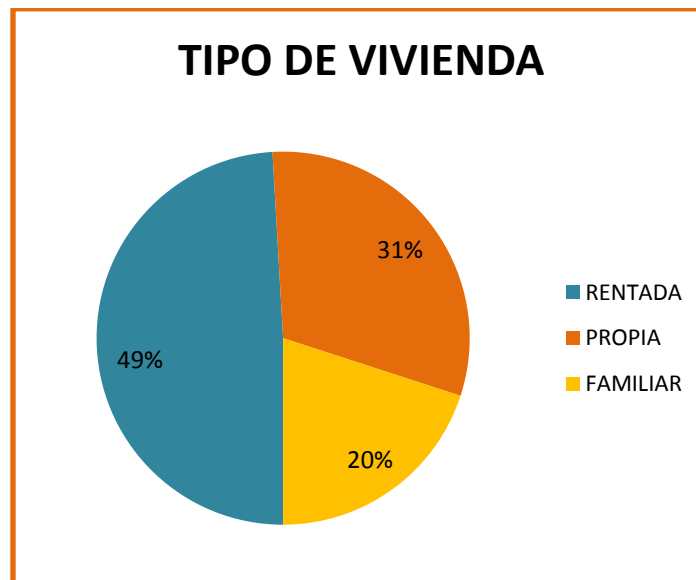
Si bien en ocasiones el tener un trabajo dentro de una empresa puede asegurar un ingreso constante, en el caso de las internas al preguntarles del por qué decidían dedicarse al comercio, ellas refieren tener un negocio propio que les permita realizar sus actividades familiares y no estar sujetos a reglas. Durante la entrevista ellas contestaron tener ingresos aproximados antes de ingresar al penal, en promedio de \$12,135 pesos mensuales, teniendo un ingreso en la mayoría de \$15,000 pesos. Sin embargo también algunas internas respondieron solo contar con ingresos de 800 pesos mensual y que habitaban con su familiares para sustentar sus necesidades básicas, al igual que 2 internas refieren ser empresarias y no tener idea de cuanto generan mensualmente, pero refieren que alrededor de \$30,000 pesos o más. .

| ESTADISTICA DESCRIPTIVA DEL INGRESO ECONOMICO MENSUAL, PREVIO AL INGRESO DEL PENAL |              |
|--|--------------|
| MEDIA  | \$12,135.19  |
| MEDIANA  | \$ 12,000.00 |
| MODA   | \$ 15,000.00 |
| MÍNIMO   | \$ 800.00    |
| MÁXIMO   | \$ 30,000.00 |



Grafica 5. Gráfica en la que se aprecia como el 67 % de las entrevistadas refieren ser el sostén económico principal de la familia.

En lo referente a las condiciones de la vivienda, de acuerdo con la información obtenida para la ENSANUT 2012, 3.2% de los hogares en el país tienen piso de tierra y únicamente 1.1% no cuenta con energía eléctrica. En 15.7% de las viviendas la cocina no es un cuarto exclusivo y el material combustible utilizado en 13.7% fue diferente a gas o electricidad. En cuanto a la propiedad de la vivienda, en 70.9% de los hogares se reportó que la vivienda es propiedad de alguno de los integrantes de la misma, 13.5% de viviendas son rentadas y 15.6% se ocupa en alguna otra situación. En comparación con los resultados obtenidos de las entrevistadas, se reporta que es mayor el porcentaje de internas que rentan en su vivienda siendo un 49%; el 31% cuentan con una casa propia y el 20% viven en casa de algún familiar; cifra que es mucho menor en comparación con la ENSANUT; este valor es menor como consecuencia de malos hábitos, trabajos riesgosos o discusiones propias del consumo de sustancias de dichas internas con los integrantes de la familia.



Grafica 5. Cabe mencionar que el 67 % de las entrevistadas resultaron ser el sostén económico principal de la familia.

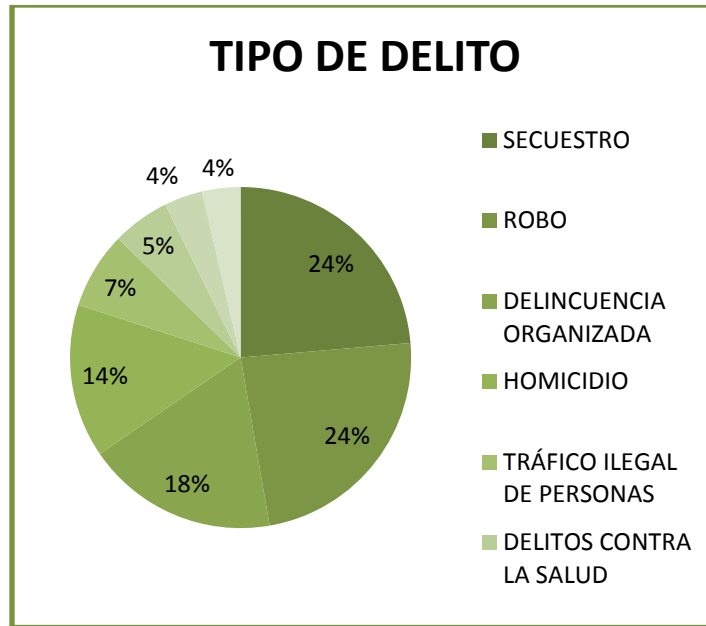
| TIPO DE VIVIENDA | Total de internas | Porcentaje |
|------------------|-------------------|------------|
| RENTADA          | 27                | 49%        |
| PROPIA           | 17                | 31%        |
| FAMILIAR         | 11                | 20%        |
| TOTAL            | 55                |            |

Ha concluido el 4to año de gobierno de la administración del presidente Peña Nieto y la de diversos gobernadores electos y solo podemos decir que quedan atrás las múltiples promesas en materia de seguridad pública pronunciadas a lo largo de sus campañas. Para muchos de los mexicanos ya es normal que escuchemos que hay más secuestros, observar a miles de personas haciendo marchas y denuncias sobre estos delitos y que esto mejoraría gracias al esfuerzo del gobierno federal; solo se han quedado en buenos deseos, con el transcurso del tiempo, se han convertido en recuerdos, pues aún continuamos observando incrementos de la criminalidad que más nos afecta; tapados con múltiples distractores como es el Fútbol o los eventos religiosos.

El Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad (ONC) se muestra que, de diciembre de 2013 a enero de 2014, aumentaron: 5.60% las denuncias de secuestro, 10.36% las de extorsión, 0.94% las de robo con violencia, 1.81% las de robo de vehículo, 3.60% las de robo a casa habitación y, por último, 1.22% las de robo a negocio. En resumidas cuentas, seis de los ocho delitos de alto impacto social registraron un comportamiento al alza durante el primer mes de 2014.

Si nosotros lo comparamos al 2016 de este estudio sobre esta muestra el porcentaje de internas que se encuentran privadas de la libertad, hoy se encuentran pagando condenas de más de 20 años por delitos como el secuestro en un 24% al igual que el robo con violencia, delincuencia organizada en un 18%, homicidio 15%, tráfico ilegal de personas 7%, Delitos contra la salud 5%, fraude 4% al igual que la corrupción de menores; en este último delito cabe señalar que son internas que fueron sorprendidas vendiendo drogas no clasificadas como los inhalantes.

| TIPO DE DELITO             | Total de internas | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------|------------|
| SECUESTRO                  | 13                | 24%        |
| ROBO                       | 13                | 24%        |
| DELINCUENCIA ORGANIZADA    | 10                | 18%        |
| HOMICIDIO                  | 8                 | 15%        |
| TRÁFICO ILEGAL DE PERSONAS | 4                 | 7%         |
| DELITOS CONTRA LA SALUD    | 3                 | 5%         |
| FRAUDE                     | 2                 | 4%         |
| CORRUPCIÓN DE MENORES      | 2                 | 4%         |
| TOTAL                      | 55                | 100%       |



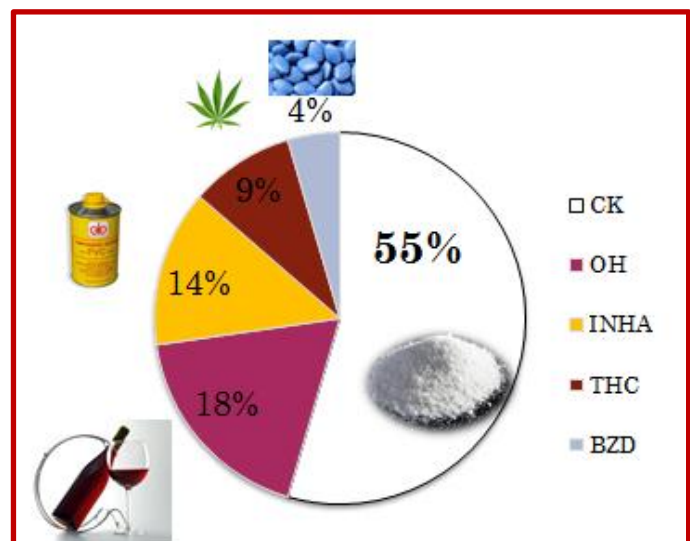
Grafica 6. Tipo de delito: la gráfica muestra como el secuestro y el robo son los más frecuentes en esta muestra

## 9.2 TIPO DE DROGAS REFERIDAS

Este fue uno de los apartados más difícil debido a que aquí era donde las internas tenían miedo a contestar la verdad como consecuencia de que si ellas declaran consumo de drogas dentro del centro penitenciario, se les aplica una sanción o se les traslada a otro reclusorio. Sin embargo se sensibilizo durante la entrevista y se les indico que solo refirieran el tipo de droga que consumieron fuera, antes de ser detenidas.

De 44 internas que refieren uso de drogas antes de ser detenidas refieren consumo de las siguientes drogas:

- 55% Cocaína
- 18% Alcohol
- 14% Inhalantes
- 9% Cannabis
- 4% Benzodiacepinas



Grafica 7. Droga de consumo antes de la detención: el estudio sugiere a la cocaína como la referida en un 55% antes de cometer el delito.



### 9.3 SALUD Y ESPECIALIDADES

El Hospital General Torre Medica Tepepan en un inicio albergaba personal masculino y femenino, así como también contaba con un CENDI dentro de las instalaciones. A lo largo de los años sufrió cambios y hoy alberga solo personal femenino, autorizándose traslados del penal de Santa Martha Acatitla por medidas de seguridad institucional, acercamiento familiar, cambio de situación jurídica, por necesidades de tratamiento médico y/o psiquiátrico con uso de medicamento controlado. Cabe mencionar que orgánicamente depende de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud y brinda actualmente consulta de 14 especialidades a los diferentes Centros de Reclusión del Distrito Federal.

- Anestesiología
- Cardiología
- Cirugía General
- Estomatología
- Ginecobstetricia
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Máximo Facial
- Oftalmología
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Psicología
- Psiquiatría
- Radiología

**Como parte del tratamiento se imparten los siguientes curso por personal de Psicología y Trabajo Social:**

- Introducción Terapéutica "Materno Infantil"
- Auto concepto
- Psicomotricidad
- Orientación e Integración Familiar
- Atención al adulto Mayor
- Seguimiento Conductual

**Como parte del tratamiento se imparten los siguientes cursos dirigidos exclusivamente al área de psiquiatría:**

- Higiene y salud personal
- Fomento Cultural
- Actividades lúdicas
- Estimulación a la paciente psiquiátrica
- Dignificación de áreas comunes
- Inducción a la vida institucional

## Se integran los tratamientos auxiliares como medida complementaria al tratamiento penitenciario a través de los siguientes grupos de apoyo:

- Iglesia Evangélica "México al encuentro con Dios, A.R."
- Secretariado Nacional para la Reintegración de los Valores Humanos
- Arquidiócesis Primada de México
- Fundación "Emmanuel" I.P.A
- A.I.N.D.A.C
- Alcohólicos Anónimos
- Iglesia Cristiana Internacional de la Republica Mexicana
- Iglesia Bautista Horeb, A.R.
- Los Hermanos Indígenas A.C.
- Centro de Integración Familiar Contra las Adicciones y la Violencia
- Fundación para la Preservación de la Tradición Mahayana
- Narcóticos Anónimos

Este centro se distingue por un acceso relativamente rápido a las consultas: 93% de las personas entrevistadas dice conseguir siempre la ficha el mismo día que la requiere. Aunque, en ocasiones, la CDHDF ha tenido que intervenir para garantizar el acceso a la atención a pacientes a quien el personal médico se la había retrasado.

### 9.4 SALUD DE LA MUJER

En primer lugar, es de destacar que 13% de las mujeres entrevistadas requieren de servicios ginecológicos, de igual forma ellas refieren durante la entrevista tener muchos padecimientos pero principalmente Miomatosis uterina y ovario poli quístico dentro de las enfermedades, así como también refieren que en caso de requerir servicios básicos como Papanicolaou, colposcopia o mastografías, el servicio médico se apoya en instituciones externas para la realización de estudios. Con el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (Inmujeres-DF) se realizan mastografías para las personas mayores de 40 años y con la jurisdicción sanitaria de la delegación Tlalpan, ubicada en el Centro de Salud Castro Villagrana, se llevan a cabo barridos del Virus del Papiloma Humano y citología.

Las personas con enfermedades crónico-degenerativas tienen un control mensual y acuden de forma regular a interconsultas de especialidad en hospitales o instituciones externas. En el dormitorio 5 se ubican las mujeres que viven con VIH/SIDA, quienes son atendidas en coordinación con la Clínica Especializada Condesa. Las personas con adicciones son atendidas a través del Programa de Atención en Conductas Adictivas en el dormitorio 9 (primera fase) y 3 (segunda fase).

Las pacientes con tratamiento psiquiátrico reciben sus medicamentos tres veces al día a través del área de enfermería. Las mujeres con tratamiento psiquiátrico se encuentran internadas en el dormitorio 8; mientras que en el 6 están las pacientes psiquiátricas en control

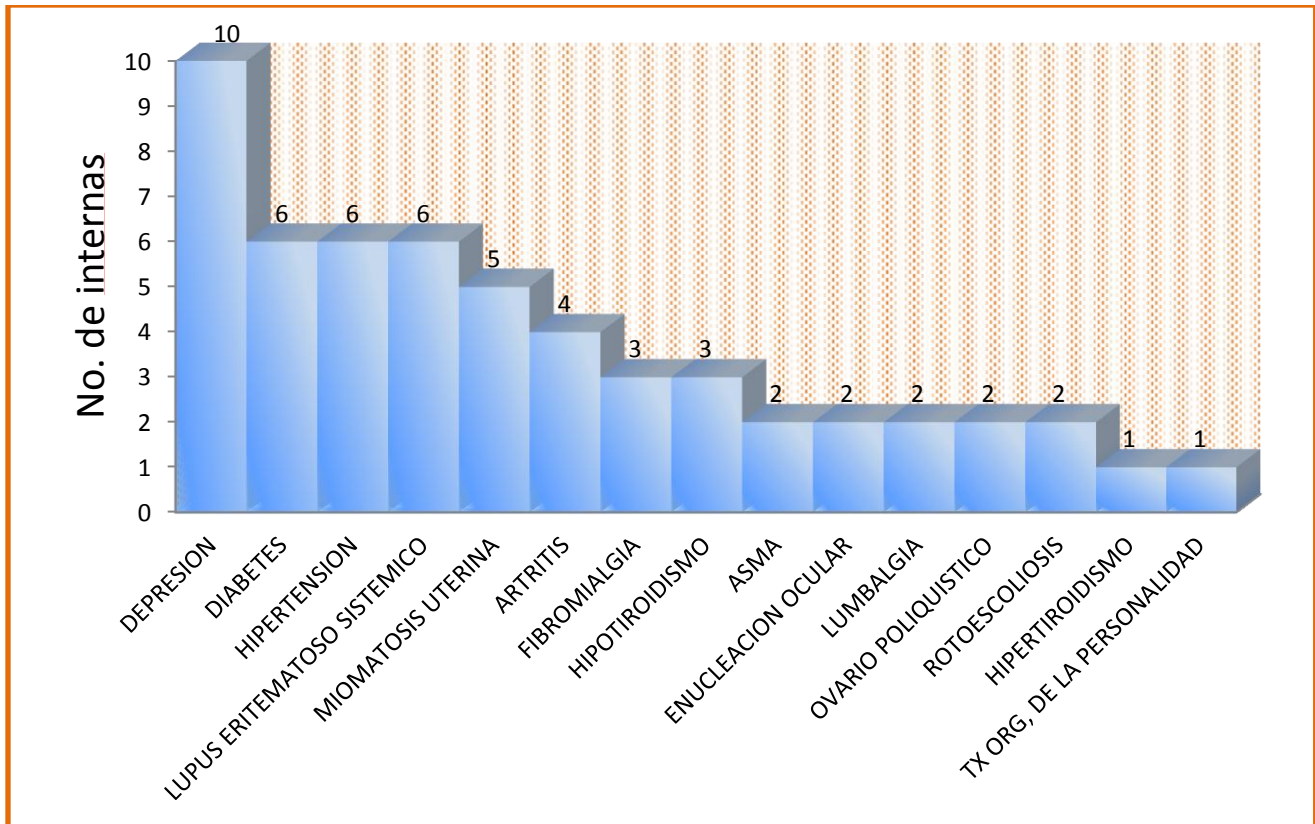
y funcionales, a pesar de que las condiciones de esta área no responden a los requerimientos para estancias psiquiátricas. Las personas adultas mayores o con discapacidad motriz están alojadas en el dormitorio 7.

De los padecimientos relacionados con los trastornos mentales el 18% de las internas refieren estar en tratamiento por Depresión y Ansiedad, aunado con algún otro padecimiento agregado entre ellos, artropatías, Diabetes, Hipertensión, Lupus, Fibromialgias o trastornos articulares.

Resaltando este punto se reportó que el 11 % del total de la muestra presenta hipertensión, diabetes o Lupus Eritematoso Sistémico. Las internas que requieren de algún tratamiento especial relacionado con la especialidad Ortopedia son de igual manera los más demandados ya que las pacientes refirieron al momento de la entrevista el 7% fibromialgias, el 5% lumbalgias y 4% roto escoliosis.

Cabe resaltar que a pesar de que el 80% de las internas que se entrevistaron respondieron consumir drogas antes de ingresar al centro penitenciario, no existe la especialidad de Adictología; siendo que el 18% de las internas entrevistadas ya presentan un trastorno mental que al verse asociado hoy no se está valorando integralmente.

| DIAGNOSTICO                 | TOTAL DE INTERNAS | PORCENTAJE |
|-----------------------------|-------------------|------------|
| DEPRESION                   | 10                | 18%        |
| DIABETES                    | 6                 | 11%        |
| HIPERTENSION                | 6                 | 11%        |
| LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO | 6                 | 11%        |
| MIOMATOSIS UTERINA          | 5                 | 9%         |
| ARTRITIS                    | 4                 | 7%         |
| FIBROMIALGIA                | 3                 | 5%         |
| HIPOTIROIDISMO              | 3                 | 5%         |
| ASMA                        | 2                 | 4%         |
| ENUCLEACION OCULAR          | 2                 | 4%         |
| LUMBALGIA                   | 2                 | 4%         |
| OVARIO POLIQUISTICO         | 2                 | 4%         |
| ROTOESCOLIOSIS              | 2                 | 4%         |
| HIPERTIROIDISMO             | 1                 | 2%         |
| TX ORG, DE LA PERSONALIDAD  | 1                 | 2%         |
| TOTAL                       | 55                | 100%       |



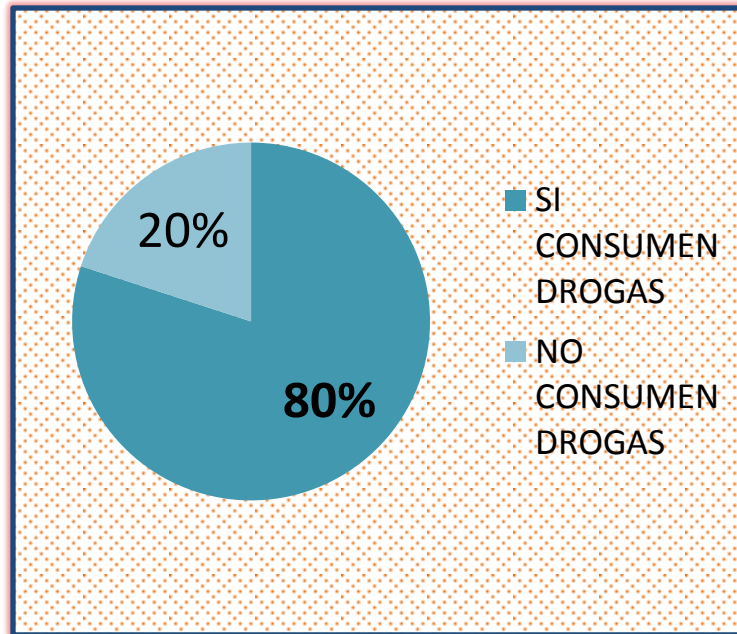
## 9.5 RELACION DEL DELITO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS

Es esta sección de los resultados una vez de analizar las variables sociodemográficas, como objetivo principal de la investigación se deseaba identificar la relación del delito asociado al consumo de drogas, por lo que la pregunta principal y obligada fue:

¿Consumes drogas desde mucho antes de ingresar al penal?

Recordamos que de las 58 internas que se seleccionaron, 55 desearon participar en el proyecto y contestaron el instrumento. De las 55 internas el 80% contestaron (44 internas) que si consumen drogas mucho antes de haber ingresado al penal y solo 11 de ellas, es decir el 20% restante, negaron consumido drogas a lo largo de su vida.

Mucho también se comenta que la mayoría de los consumidores de drogas comienzan a delinquir principalmente para lograr la compra de más sustancia, en este punto se demostró que no; expresan que su delito no fue para la adquisición de más droga ya que ellos mismos tienen como regla no consumir de su mercancía y que lo hacen solo para poder tener un mejor estilo de vida.

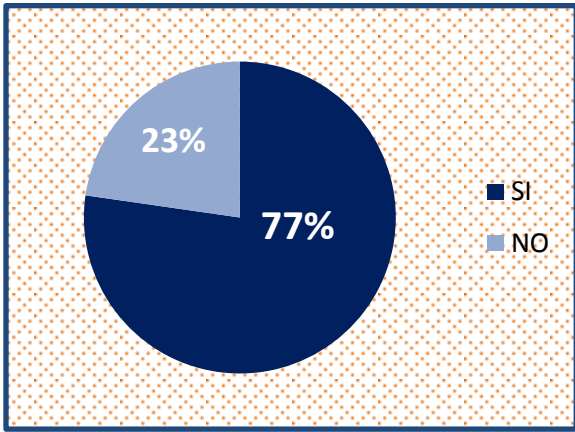


Grafica 9. En esta grafica se observa como el 80% de la muestra seleccionada refiere consumo de drogas en algún momento de su vida, antes de ingresar al penal.

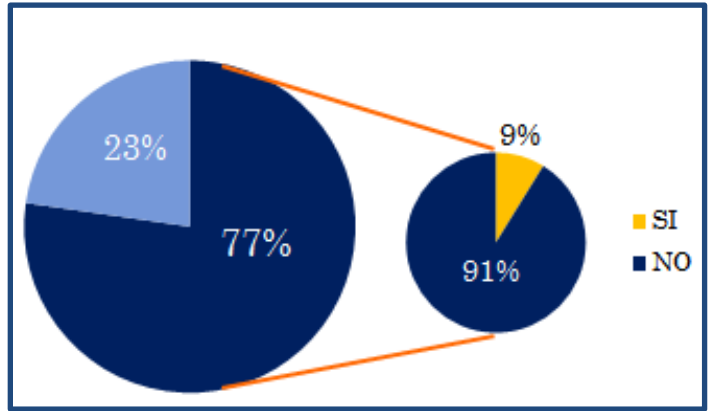
De las 44 internas que refieren consumo de drogas detectaron estar bajo los efectos de la droga 77% del total de esta muestra (34 internas) y 23% (10 internas) refieren no recordar estar bajo los efectos de las sustancia durante la ejecución del delito. Esto último es muy importante ya que se puede sugerir que este 77% de internas cometió probablemente el delito estando intoxicada.

Al tener este estado de intoxicación, se encuentran bloqueados los circuitos neurológicos relacionados con el control y manejo de los impulsos (corteza frontal), lo que facilita el acto delictivo. Hay que recordar que por definición una intoxicación es una condición transitoria tras el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, que da como resultado alteraciones del nivel de conciencia, cognición, percepción, emocionales o de comportamiento, u otras funciones psicofisiológicas y respuestas.

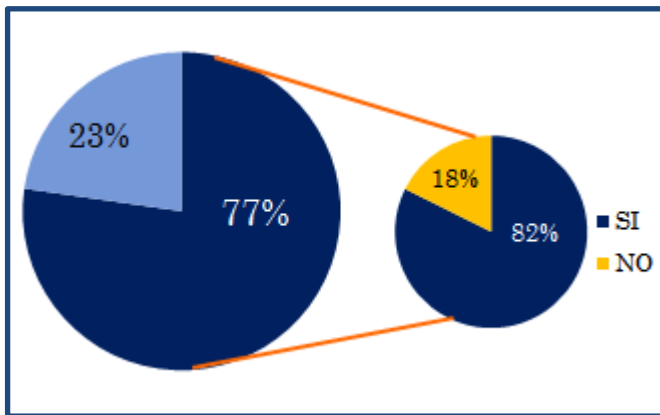
Del 77 % (34 internas) que cometió el delito bajo los efectos de la droga, 91% (31 internas) no recuerda con claridad lo que sucedió y 9% (3 internas) si lo recuerda con claridad; así como también el 82% (28) lo vinculo como medio para darse ánimo para la ejecución del delito y 18% (6) refieren no requerir sustancias para realizar su trabajo.



Grafica 10. En esta grafica se representa el 77% de las internas que cometieron el delito bajo los efectos de la droga.

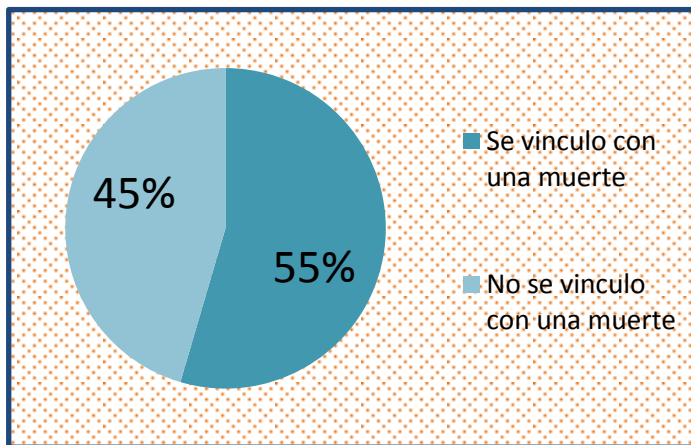


Grafica 11. Grafica que representa el 91% de las internas que cometieron el delito no recuerda con claridad como sucedió el delito o que sucedió durante la detención.



Grafica 12. En esta grafica representa al 82% de las internas que vínculo el consumo de la droga, como medio para darse ánimo.

Los delitos cometidos por las internas se tratan de delitos violentos, tan violentos que el 55% de ellos se relacionó con la muerte de la víctima.



Grafica 13. Grafica que representa el 55% de internas que su delito se vinculó con la muerte de la víctima



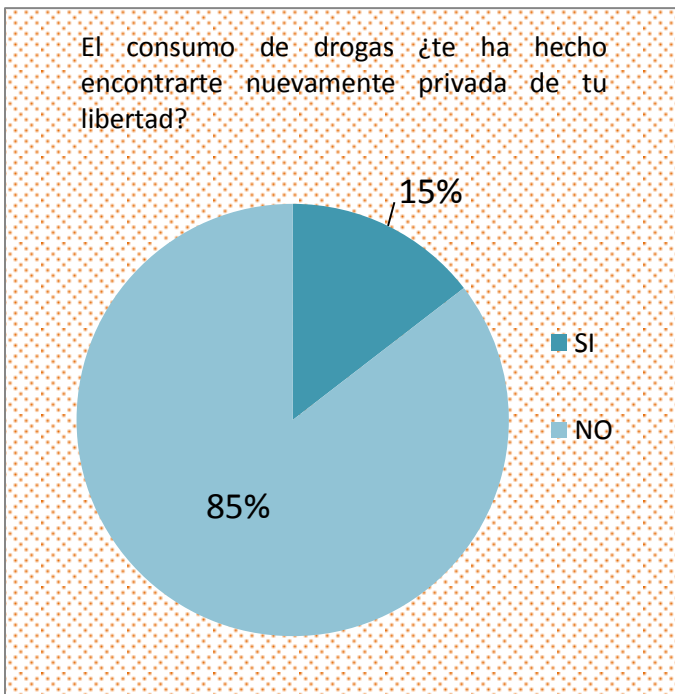
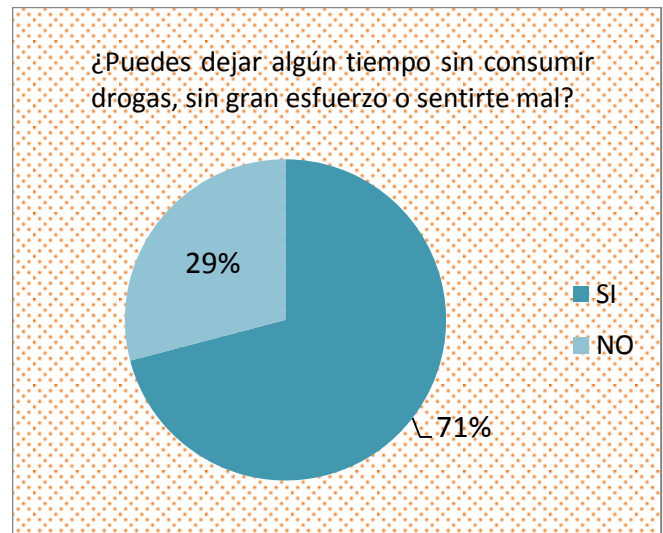
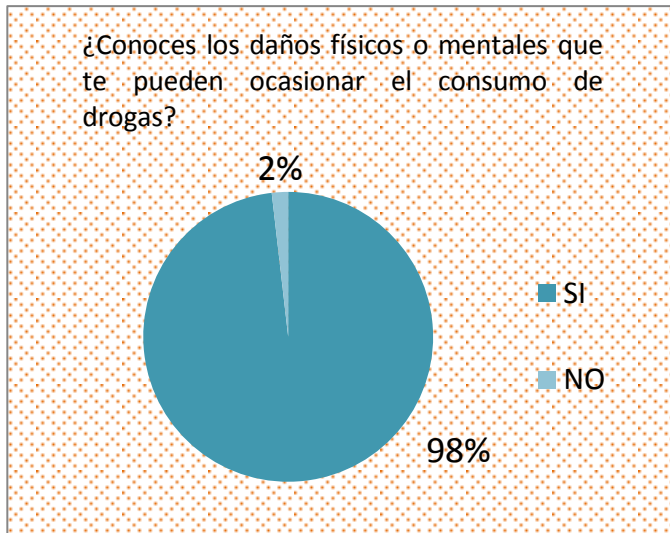
Finalmente un 15% del total de la muestra refieren estar nuevamente recluidas como consecuencia del consumo de drogas al estar involucradas en el comercio de la misma; si bien pensaríamos que al estar nuevamente privadas de la libertad y que la vida dentro de un centro penitenciario favorecería un inicio de proceso de conciencia de su enfermedad; las internas solo el 29% refiere ha cambiado su estado físico o emocional al no estar en contacto con la sustancia o con su familia.

Esto podría ser porque hoy en día no existen programas serios sobre el tratamiento especializado en adicciones ya que a pesar de las múltiples reincidencias dentro del penal, el 100% de las que consumen droga comenta jamás haber recibido tratamiento especializado, dentro o fuera del penal.



## 9.6 ADICCION, INTOXICACIÓN AGUDA, USO PERJUDICIAL Y/O NOCIVO, DEPENDENCIA O SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Por otro lado a través del estudio se pueden inferir cambios a nivel de la corteza frontal ya que el 98% de las internas contestaron consumo de drogas al egresar del centro penitenciario a pesar de conocer los daños físicos y mentales que ocasiona el consumo de drogas.



Cabe resaltar que a pesar de que la droga es un factor de riesgo para delinquir no es exclusivo y existen otras razones, como en el estudio que sugiere un 15% fueron recluidas en varias ocasiones pero no a causa del consumo de drogas.

Por ultimo en esta sección de resultados las preguntas que se ven relacionadas con los criterios de dependencia o abstinencia, el estudio no sugiere claramente alguno de ellos pero si se observa consumo a pesar de las consecuencias.



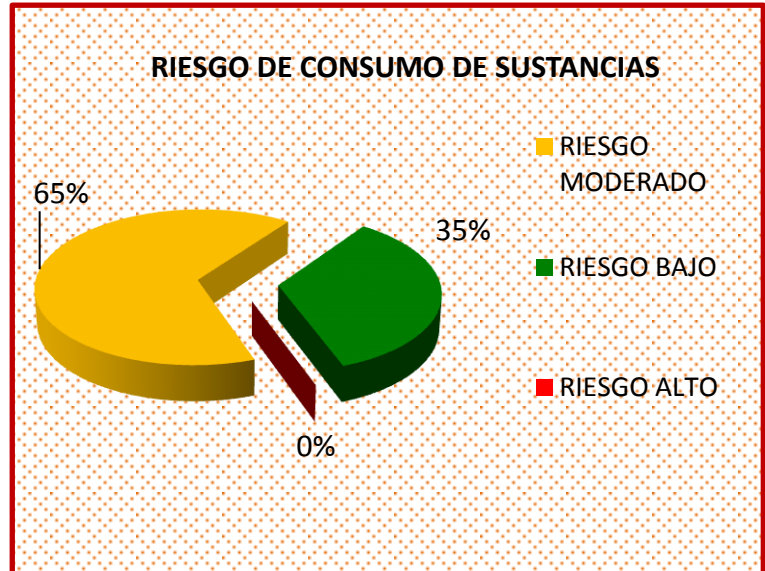
## 9.7 RESULTADOS PRUEBA ASSIST

Después de aplicar la prueba ASSIST al total de las internas entrevistadas donde el consumo de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar; como bien se reportó el 80% consume drogas desde mucho antes de ingresar al penal y 77% cometieron el delito estando intoxicados o desensibilizados por los efectos de alguna de estas sustancias.

Los resultados de estas 44 internas (80% de la muestra) que consumen drogas la prueba reporto, al 65% (36 internas) con un riesgo moderado de consumo de sustancias, estando dentro de las drogas de su preferencia la Cocaína, Alcohol, Nicotina, Cannabis, Inhalantes y Benzodiacepinas en un orden de preferencia conforme se fueron mencionando respectivamente.

En un 35% (19 internas) de las internas la prueba ASSIST reporto en un riesgo bajo y cero por ciento reportó un riesgo alto de consumo de sustancias. Es probable que estos resultados puedan verse afectados y que a pesar de tratarse delitos con violencia y consumo de sustancias principalmente de tipo psicoactivas en esta población de estudio, ninguna resultado tener un riesgo alto al minimizar el consumo o los efectos de las mismas por miedo a ser trasladadas a otro reclusorio o aumentar su condena.

| RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS |    |     |
|---------------------------------|----|-----|
| RIESGO ALTO                     | 0  | 0%  |
| RIESGO MODERADO                 | 36 | 65% |
| RIESGO BAJO                     | 19 | 35% |



Como se había mencionado anteriormente el cuestionario ASSIST asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia para después iniciar una conversación (intervención breve) con los usuarios sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)

| TIPO DE INTERVENCION A LAS INTERNAS |                 |   |
|-------------------------------------|-----------------|---|
| INTERNAS                            | NIVEL DE RIESGO | ACCION RECOMENDADA                          |
| 36 Internas                         | Riesgo moderado | Intervención breve para la droga de riesgo. |
| 19 Internes                         | Riesgo bajo     | Retroalimentación positiva                  |

## 10. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Después de ver los resultados del estudio podemos observar la gran importancia que tiene el contar con información reciente sobre el fenómeno “delito y consumo de drogas”, con esta muestra aunque pequeña para lo que representa el porcentaje de internas dentro del Hospital General Torre Medica Tepepan y el número de internos o internas que hoy se encuentran en el Sistema penitenciario de la Ciudad de México, con el presente documento se concluye lo siguiente:

El estudio sugiere una relación marcada sobre el consumo de drogas y la ejecución del delito debido a que:

- El 80% (44 internas) de la muestra total refiere consumo de drogas antes de haber ingresado al penal.
- El 77% (34 internas) cometió el delito bajo los efectos de alguna droga.
- El 91% (31 internas) no recuerda con claridad lo que sucedió.
- El 82% (28 internas) lo vinculo como medio para darse ánimo para la ejecución del delito.

Con ello se sugiere una asociación con el modelo de “Violencia Psicofarmacológica” de Goldstein, al reportar estos resultados, definida como aquella generada directamente por los efectos psicoactivos de la droga en quien la consume, efectos que provocan en los individuos cambios de estado o pérdida de juicio que lleven a comportamientos irracionales y violentos; o bien antes de cometer el delito en estado de intoxicación o a medida que experimenta el “síndrome de abstinencia”.

El cuestionario ASSIST parece no ser el instrumento más adecuado para la búsqueda de consumo de riesgo drogas ya que el 80% lo consume a pesar de conocer las consecuencias físicas y legales de las mismas.

Se requiere la implementación y creación de métodos más personalizados a esta población afectada por el consumo de drogas y que al recabar la información e informarles que no se verán afectadas legalmente si refieren consumo dentro del centro de reclusión pueda ofrecernos información más confiable.

La cocaína se asoció en este estudio con mayor frecuencia en un 55% con los delitos violentos, pues la mayoría se relacionó con la muerte de la víctima

No siempre el consumo de drogas se relaciona con el delito pero si es un factor que en este estudio sugirió un 85% en las detenciones subsecuentes del delincuente.

También el estudio reporta como el 100% de la muestra seleccionada, que cometió el delito y es consumidora frecuente, nunca ha sido valorada o ingresada a tratamientos especializado en adicciones,; por lo que hoy se ofrece dentro del Sistema penitenciario, como tratamiento para las adicciones sigue siendo una falacia, pues refieren miedo a ser trasladadas a zonas de alta seguridad o perder los privilegios dentro del mismo sistema, o incluso a ser asesinadas si hablan o señalan a quienes autorizan o distribuyen la droga dentro de los centros penitenciarios. Abstenerse sobre el tema y controlar su adicción a través de este sistema alterado, que como bien comenta Goldstein en su modelo de “Violencia Sistémica”, al operar este mercado fuera de la legalidad, no responde a los límites propios de un mercado tradicional, sino que es regulado por la violencia, que sería el medio para resolver las disputas ante la ausencia de regulación institucional de las interacciones.

Urge avanzar en la política pública y que estos centros penitenciarios sean supervisados por el CENADIC para que dichos programas tengan la calidad que hoy llevan muchos de aquellas instituciones residenciales que hoy aportan un gran avance al tratamiento de la salud mental de los pacientes adictos.

En años recientes, la Secretaría de Salud ha elaborado instrumentos de planeación que permiten precisar, con mayor claridad, la misión, visión y los objetivos del modelo de atención que asume para la satisfacción del derecho a la salud de las personas con problemas de adicciones. Con ello, pretende garantizar un servicio médico eficaz, eficiente, de calidad y con oportunidades para todas las personas, así como la operación de un subsistema de vigilancia epidemiológico y de fomento sanitario que permite conocer e influir en el comportamiento y los determinantes del proceso salud- enfermedad.

La problemática de las adicciones merece especial atención de la Secretaría de Gobierno, los programas emprendidos resultan limitados frente a la generalización del uso y consumo de sustancias nocivas. El presente estudio pretende despertar y abrir los ojos para el financiamiento de estudios serios que puedan aportar herramientas para la generación de normas y leyes que garanticen la intervención pronta y oportuna de especialistas en

Adicciones para esta población que hace de la ciudad de México un lugar de inseguridad y miedo constante. La Secretaría de Salud necesita enfatizar su intervención en materia de adicciones para poder implementar un área especializada en el diagnóstico de pacientes con un consumo crónico de drogas y derivar de manera oportuna a los que se encuentren en riesgo o ya con una adicción.

Es cierto que para poder impactar sobre este problema del trastorno por uso de sustancias requiere de un modelo multidisciplinario o un área de primera atención con especialistas en el área, donde se pueda realizar un diagnóstico y canalizarlo una de las dos variedades de tratamiento ( residencial o no residencial) en un área especializada para aquellos que fueran candidatos, se les aislara del resto de los internos y vivieran su proceso de rehabilitación que según los estudios es de 3 meses aun año. Y posteriormente reinsertarlos con la población que no se ha visto afectada por el consumo para aprender nuevos estilos de vida o vida saludable. Es complejo, pero si no hay nadie que tenga el valor enfrentar el problema, la enfermedad se convertirá en una epidemia como lo que sucedió en Estados Unidos con el Crack en 1984.

En contraposición y como respuesta a estas realidades se proponen Unidades de Hospitalización tipo residencial Mixto con modelo comunidad terapéutica que cuente con todo el equipo multidisciplinario (Psiquiatras, Adictologos, Terapeutas especialistas en Adicciones, enfermeras especialistas en el área y Trabajo social ) capaz de aplicar los distintos tratamientos farmacológicos y terapéuticos a aquellos que ya se vieron afectados por el consumo de drogas o que se encuentren inmersos en la adicción, modificando un sistema medico de reclusión básico por uno de alta especialidad y favoreciendo un mejor funcionamiento en la esfera familiar, laboral y reinserción social.

*"La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas".*  
Sigmund Freud.

## 11. REFERENCIAS

- Goldstein, P. J. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 1985, 14, 493-506.
- Goldstein, P. J., Belluci, P., Spunt, B., & Miller, T. (1991). Volume of cocaine use and violence: a comparison between men and women. *Journal of Drug Issues*, 21 (2), 345-367.
- CDHDF, Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011, México, CDHDF, 2011.
- Secretaría de Seguridad Pública. Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, junio 2011, pág. 6.
- Van Wormer, K., & Kaplan, L. E. (2006). Results of a National Survey of Wardens in Women's Prisons: The Case for Gender Specific Treatment. *Women & Therapy*, 29(1/2), 133-151.
- Peláez, FM., Derechos de los internos del sistema penitenciario mexicano, Cámara de diputados LVIII Legislatura. Universidad Nacional Autónoma de México. 2000
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, Capítulo VII. Art. 71, 72
- Ley General de Salud 2015, Art. 100, 102
- Frenk, Mora Julio, et al. Comisión Nacional de Bioética. Código de Bioética para el personal de Salud México, 2002.
- Declaración de Helsinki. Revisiones 1999 y 2000. *New England Journal of Medicine* Vol. 341; pág. 527, 531. 12 de agosto de 1999. E.U.A. *Lancet*, Vol. 356, pág. 1123. Septiembre, 2000. Reino Unido. *Science*, Vol.290, pág. 418. octubre 20, 2000, Edimburgo, Escocia, Reino Unido.
- Naciones Unidas. Protocolo de Estambul, Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Nueva York y Ginebra, 2004
- Fernández Espejo E. (2006). Neurobiología de las adicciones a estimulantes. *Revista de Neurología*, 43(3), pp.147-154

- Verdejo García A., Pérez García M., Sánchez Barrera M. (2007). Neuroimagen y drogodependencia correlatos neuroatómicos. *Revista de Neurología*, 44(7) pp. 432-439.
- Sandoval de Escurdia J.M., Richard Muñoz M. (2009) La salud mental en México, Servicio de investigación y análisis, División de política social.
- Carpenter Hyland E., Judson Chandler L. (2007) Adaptive plasticity of NMDA receptors and dendritic spines: Implications for enhanced vulnerability of the adolescent brain to alcohol addictions. *Pharmacology, Biochemistry and behavior* 86, pp 200-208
- Jurado Ma. A., Verger K. (1996) Función y disfunción de los lóbulos frontales en la infancia. *Psicología conductual*, 4(3), pp. 323-336.
- Jiménez Ma., (2002) Violencia familiar en el Distrito Federal. Universidad de la ciudad de México. Primer seminario sobre Violencia Familiar en el Distrito Federal.
- Foxcroft DR., Ireland D., Lister-Sharp DJ., Lowe G., Breen R., (2008) Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. *La biblioteca Cochrane plus*, Núm. 2
- Bergman M., Azaola E., (2007) Cárceles en México: Cuadros de una crisis. *Urvia. Revista latinoamericana de seguridad ciudadana* No.1 pp. 74-87.
- Bayona Prieto J., Bayona E.A., León. Sarmiento F.E., (2011) Neuroplasticidad, Neuromodulación y Neurorrehabilitación: Tres conceptos distintos y un solo fin verdadero. *Revista Salud uninorte. Barranquilla* 27(1) pp. 95-107.

## ANEXO 1

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en participar en una entrevista y valoración Médica que pueda generar un programa de intervención sobre el consumo de alcohol y drogas; así como favorecer mi rehabilitación dentro de este centro penitenciario.

Acepto y autorizo a los profesionales de la salud para que apliquen los procedimientos o encuestas que serán solo resguardas y manejadas con alta confidencialidad sobre mis resultados. Quedo en el entendido de que en todo momento habrá de mediar una comunicación expedita y una relación respetuosa con el equipo de profesionales de la salud.

En México D.F, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2016

---

Nombre y firma del interno-paciente



## ANEXO 2

## FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA: \_\_\_\_\_ DE MARZO 2016

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ DORMITORIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLINICO: \_\_\_\_\_

|                          |  |   |   |
|--------------------------|--|---|---|
| <b>Estado civil</b>      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Unión libre</li> <li>4. Divorciada</li> <li>5. Viuda</li> <li>6. Separada</li> </ol>  | <b>Número de veces reclusa</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primera vez</li> <li>2. Dos ocasiones</li> <li>3. Tres o más</li> </ol> |
| <b>Nivel de estudios</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin escolaridad</li> <li>2. Primaria</li> <li>3. Secundaria</li> <li>4. Preparatoria</li> <li>5. Licenciatura</li> <li>6. Posgrado o especialidad</li> </ol>   | <b>Tipo de vivienda</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propia</li> <li>2. Rentada</li> <li>3. Familiar</li> </ol>              |
| <b>Número de hijos</b>   | <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid orange;" type="text"/>  | <b>Sostén económico de la familia</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No</li> <li>2. Si</li> </ol>  |
| <b>Trabajo previo</b>    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin ocupación</li> <li>2. Situación de calle</li> <li>3. Estudiante</li> <li>4. Ama de casa</li> <li>5. Subempleado/eventual</li> <li>6. Empleado/comerciante.</li> </ol>  | <b>Ingresos mensuales previos a su ingreso al penal</b>   |   |
| <b>Tipo de delitos</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Homicidio culposo</li> <li>17. Secuestro o privación ilegal de la libertad</li> <li>18. Delitos contra la salud (narcóticos o drogas)</li> <li>19. Delitos relacionados con armas</li> <li>20. Robo</li> <li>21. Delincuencia Organizada</li> <li>22. Violación/ Tumultuaria</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>23. Tentativa de homicidio</li> <li>24. Lesiones / agresiones</li> <li>25. Terrorismo</li> <li>26. Asociación Delictuosa</li> <li>27. Tráfico ilegal de personas</li> <li>28. Tráfico de autos ilegales</li> <li>29. Extorción</li> <li>30. Corrupción de menores</li> </ol> |   |





|   |  | NICOTINA                           |    |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|--|------------------------------------|----|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
|   |  | 0                                  | 4  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
| 4   | En los últimos 3 meses, ¿con que frecuencia el consumo de esas drogas le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?  | OH                                 | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | THC                                | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | CK                                 | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | ANT                                | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | INHALANTES                         | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | BZD                                | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | ALUCINOGENOS                       | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | OPIACEOS                           | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  | OTRA                               | 0  | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |  |  |
|   |  |                                    |    | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |  |  |  |
| 5   | En los últimos 3 meses ¿con que frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de la droga?   | NICOTINA                           | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | OH                                 | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | THC                                | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | CK                                 | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | ANT                                | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | INHALANTES                         | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | BZD                                | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | ALUCINOGENO                        | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | OPIACEOS                           | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
|   |  | OTRA                               | 0  | 5 | 6 | 7 | 8 |   |  |  |  |  |
| <b>RELACION DEL DELITO CON EL USO DE LA DROGA</b> |  | <b>PUNTIUACION TOTAL POR DROGA</b> |    |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 9   | El delito que actualmente la tiene en condición de privada de libertad, ¿lo cometió bajo los efectos de alguna droga?  | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 10  | ¿Cree que hubiera cometido ese delito sin no hubiese estado intoxicada por la droga?   | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 11  | ¿El delito se vinculó con el uso de drogas como medio para darle ánimo y poder cometerlo?  | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 12  | ¿El delito fue para lograr la compra de más droga para su consumo?   | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 13  | ¿El delito se vinculó con la muerte de alguna persona?   | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 14  | ¿Al momento de la detención recuerdas con claridad lo que sucedió?   | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 15  | ¿Habías consumido droga antes de cometer el delito?  | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 16  | Durante tu estancia en la cárcel, ¿cambió o ha cambiado su estado físico o emocional al no estar en contacto con la sustancia que acostumbrabas a consumir fuera del centro penitenciario? | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 17  | El consumo de drogas ¿te ha hecho encontrarte nuevamente privada de tu libertad?   | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 18  | ¿Puedes dejar algún tiempo sin consumir drogas, sin gran esfuerzo o sentirte mal?  | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 19  | ¿Conoces los daños físicos o mentales que te pueden ocasionar el consumo de drogas?  | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 20  | ¿Has sido internada en un lugar especializado para el tratamiento de las adicciones?   | ND                                 | SI |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|   |  | Nombre y Firma del Entrevistado    |    |   |   |   |   |   |  |  |  |  |