

# Adolescencia, pobreza y consumo de metanfetaminas en Michoacán

Victoria **González Ramírez**

El consumo de sustancias sintéticas y de alta toxicidad, como las metanfetaminas, representa graves riesgos para la salud y la vida que afecta de manera especial a los más jóvenes. El sistema económico y político mexicano (y de buena parte de Latinoamérica), ha generado pobreza y marginación en una buena parte de la población y ha permitido (y facilitado) la inserción del narcotráfico en los ámbitos económico, social, político y cultural del país (Bergman, 2016).

En México, las clínicas contra adicciones atienden a personas cada vez más jóvenes, con adicciones cada vez más graves; en Michoacán, el 65 % de los usuarios de drogas estimulantes inician antes de los 17 años (Villatoro-Velázquez, *et al.*, 2017). La presencia facilitada de la sustancia generó que, por ejemplo, durante el año 2016, en los centros de rehabilitación y tratamiento no gubernamentales (como es el caso de los grupos de Alcohólicos Anónimos), aproximadamente 60,582 personas acudieron por asistencia. De esta población, los consumidores de cristal-metanfetamina llegaron a conformar el 22.9 % de la población en asistencia (Villatoro-Velázquez, *et al.*, 2017).

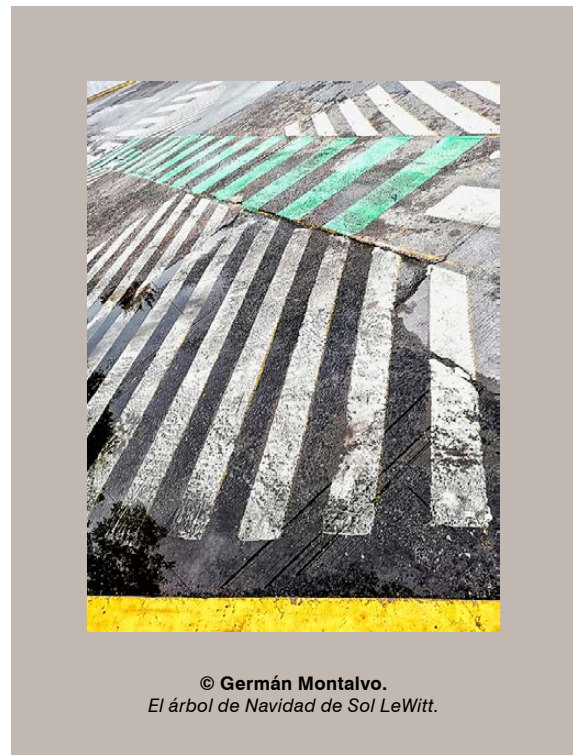
La mayoría de estos jóvenes se encuentran de forma previa en claras desventajas sociales, y con la adicción a metanfetaminas adquieren afectaciones en su capacidad de dar respuesta a las demandas de su ambiente, regular su vida y tomar decisiones, todo lo cual aumenta su

vulnerabilidad y deterioro. La condición de fragilidad biológica inicia con la carencia de estimulación por parte de los padres y las pocas oportunidades de desarrollo social que genera un bajo nivel cultural. Se sabe que los adolescentes en particular son más proclives al consumo de sustancias y a presentar mayores riesgos de desarrollar disfunciones (Weybrigh, *et al.*, 2015). El consumo de drogas en la etapa de la adolescencia, cuando el cerebro se encuentra en desarrollo, implica que los efectos son más agresivos para el sistema nervioso central (en comparación con un adulto cuyo sistema nervioso ya ha madurado); este hábito nocivo afecta en particular a zonas mediales del cerebro asociadas a la vivencia del placer (sistema límbico y núcleo accumbens), pero también se dañan de manera importante zonas definitivas para la toma de decisiones, la planeación de la vida y la regulación de la conducta: los lóbulos frontales del cerebro (Forster, *et al.*, 2018).

Las estructuras frontales del cerebro y las funciones con ellas asociadas, requieren más tiempo para alcanzar su maduración, y cuando se consumen drogas desde una edad temprana se vulneran de manera preocupante, pues son las estructuras encargadas de definir el camino vital que se tomará, aumentando la posibilidad de continuar eligiendo de forma errónea en cada ámbito de la vida (Forster, *et al.*, 2018). Los jóvenes dependientes de metanfetaminas que se describen en este trabajo se encuentran internados (anexados) en clínicas de autoayuda basadas en el programa de doce pasos (Alcohólicos Anónimos). La decisión de “anexarlos” muchas veces responde al tipo de comportamiento que han mostrado los jóvenes y si es considerado suficientemente conflictivo (“ingobernable” le llaman en el grupo), por lo que la familia o cuidadores han decidido internarlos en el programa por tres o seis meses o, como sucede en pocos casos, durante un año.

## MICHOACÁN

Michoacán se encuentra entre los estados más violentos, con más homicidios y feminicidios de



México; presenta problemas sociales graves asociados a la violencia y el narcotráfico. Se observa un fácil acceso de los jóvenes michoacanos (aunque también de otras comunidades de México) a los procesos del narcotráfico a través de la producción, tráfico, venta o consumo de sustancias.

Todas las conductas asociadas al consumo de metanfetaminas (producción, tráfico, venta y consumo) se identifican fácilmente en contextos de pobreza económica, cultural, educativa y psicológica (Andrabi *et al.*, 2017). Son múltiples las evidencias de la influencia de la narcocultura en los productos artísticos, culturales, estilos y representaciones en los jóvenes del país y, en particular, de los michoacanos. Dicha cultura sostiene y promueve los valores que le son convenientes para generar la producción y consumo de sus mercancías, deteriorando hasta la muerte a la población más frágil y desposeída.

La presencia de metanfetaminas en nuestro país empezó a documentarse desde 1994. A inicios de los años noventa, el grupo delictivo Los Zetas que hasta entonces tenía el control casi absoluto de la producción y tráfico de drogas sintéticas, se comenzó

a diversificar, organizándose en grupos como “La empresa”, “La familia michoacana”, “Los caballeros templarios” y “Los H3”, con presencia en zonas de Bajío y en todo Michoacán, pero fue a partir de 2005 que México se posicionó como el principal abastecedor de metanfetamina del mercado de Estados Unidos (Maldonado, 2019). Como consecuencia de esto, entre 2008 y 2016 aumentó la incidencia de uso de drogas del 4 % al 9 %. Entre 2011 y 2017 se registró en nuestro país un aumento importante en el consumo de drogas ilegales entre adolescentes (del 2.9 % al 6.2 %) (Villatoro Velázquez, *et al.*, 2017).

Michoacán ha figurado desde hace décadas como un estado donde se producen y trafican drogas como la marihuana y la amapola; en el caso de las metanfetaminas, la extensa costa de Michoacán, hasta hace poco con muy poca vigilancia, ha jugado un papel central para la entrada de la efedrina proveniente de China. En Michoacán se han formado complejas redes económicas, políticas y familiares que se distinguen por tener una cultura regional que da identidad al narcotráfico; una cultura individualista, apegada a la familia, cómplice ante el delito y de profundo catolicismo, que ha asumido el narcotráfico como un estilo de vida (Maldonado, 2019).



© Germán Montalvo. *El Sol de Tadanori Yokoo.*

## METANFETAMINA

La historia de las anfetaminas (de las que se derivan las metanfetaminas) se remonta al año 1938 del siglo pasado; con el propósito de identificar un buen tratamiento para el asma, se intentó una alternativa: un antiguo remedio chino, el arbusto llamado *ma huang* o *Ephedra vulgaris*, cuyo ingrediente activo es la efedrina. Mientras se sintetizaba la efedrina, químicos del laboratorio Lilly encontraron una serie de compuestos emparentados con ella, entre los que se encontraba la anfetamina, de la cual más tarde se obtuvo la metanfetamina o *speed*.

La anfetamina se comercializó bajo la marca Bazedrina, medicamento ampliamente consumido entre 1940 y 1960 por sus efectos estimulantes y supresores del hambre, lo que incrementó su uso. Dejó de recetarse médicamente a partir de los años sesenta del siglo anterior, cuando se comprobaron sus efectos adictivos (Moreno, 2013; Bergman, 2016).

Las anfetaminas integran dos grupos: por un lado, las anfetaminas (sustancias que no tienen utilidad médica como el “éxtasis” o “tachas” (metilendioxi-metanfetamina, conocido por sus siglas, como MDMA), y las metanfetaminas (desoxiefedrina) y las sustancias tipo anfetamínico (que tienen utilidad clínica, como el metilfenidato) (Moreno, 2013). El MDMA generalmente se consume en fiestas o reuniones; produce euforia, sociabilidad, incremento de energía e interés sexual; en dosis altas, puede generar ansiedad y síntomas psicóticos. El daño que genera es menos evidente y ocurre a largo plazo en comparación con la metanfetamina (Moreno, 2013).

Las metanfetaminas (“meta”, “azul”, “hielo” o “cristal” y sus equivalentes en inglés), refieren a una sustancia altamente tóxica e intensamente adictiva que se presenta en forma de cristales (de ahí uno de sus nombres). Se fuma, se ingiere o se inyecta directamente en las venas. Es una forma estructural y funcionalmente similar a la anfetamina, aunque

entra al cerebro en mayores cantidades y más velozmente, lo que la convierte en un estimulante más potente. Son drogas sintéticas (creadas en un laboratorio) y aunque se obtienen a partir de la efedrina, en su elaboración se incluyen solventes inflamables o compuestos volátiles indudablemente tóxicos, tales como éter, ácido muriático y metales reactivos (Jiménez y Castillo, 2011); estos elementos aumentan el daño de todos los sistemas del organismo humano, asociado a un mayor número de problemas médicos, reincidencias y muertes por sobredosis.

Los efectos principales de las metanfetaminas son euforia, energía física aumentada y resistencia a la fatiga, anorexia, insomnio, acatisia (incapacidad para mantenerse quieto, acompañada de inquietud y preocupación mental) e hiperactividad psicomotora; dado que afecta rápidamente los sistemas tegumentario, vascular, respiratorio y nervioso principalmente, promueve atrofia de tejidos e infartos; se ha asociado también a un incremento del impulso sexual y desinhibición conductual que aumenta el riesgo para sí mismo y los demás (Moreno, 2013, Potvin, *et al.*, 2018).

El consumo persistente de metanfetaminas afecta los sistemas cerebrales asociados al disfrute y el placer (Moreno, 2013), y se le ha vinculado a trastornos cognitivos graves, depresión mayor y psicosis (Potvin, *et al.*, 2018). En los centros clínicos basados en el programa de doce pasos, se observan jóvenes consumidores de metanfetaminas con efectos profundos que se equiparan al deterioro de adultos con secuelas por consumo intenso de alcohol. Cabe recordar que, en general, se requieren años de consumo intenso de alcohol para generar condiciones de demencia, pero con unos meses de consumo de metanfetaminas, las secuelas se equiparan. A pesar de la relevancia de los mecanismos individuales asociados al consumo de drogas, la adicción no puede ser reducida a un mal funcionamiento del cerebro ni atribuida únicamente a aspectos psicológicos y del comportamiento; la conducta no puede ser separada del contexto social y político en que se desarrolla, ni deben trivializarse

los factores sociales que determinan las elecciones de los adictos (Becoña, 2016).

La adicción o dependencia es un fenómeno complejo que se ve influido por la interacción entre la droga, el consumidor y el entorno. Como parte del contexto ideológico en que se enmarca la vida de los jóvenes que se encuentran inmersos en el consumo de metanfetaminas en nuestro país, es clara la influencia de una cultura del narcotráfico, o narco-cultura, típicamente asociada a la adoración al dinero, al exceso y la exhibición de fuerza y poder, normalización de la violencia, promoción de una vida de placeres intensos a corto plazo, machismo y diversidad de conductas antisociales.

Los productos culturales como la música o los programas televisivos, fortalecen esos valores plásticos (placeres inmediatos, exhibición de fuerza bruta y poder, gusto por las armas, promiscuidad y superficialidad, y vida de lujos: joyas, autos, ropa, despilfarro) que demeritan y desprecian valores como la cultura, el conocimiento y la educación formal. Se observa una falta de esperanza en el discurso que propone avanzar en la vida de una manera diferente a la propuesta por el narco y la vida de excitaciones y lujos que promete. Los jóvenes tienen demandas y expectativas propias de su edad, pero sus condiciones y recursos son insuficientes para enfrentar los retos; hay un desajuste esencial entre las necesidades y las oportunidades (Weybrigh, *et al.*, 2015).



© Germán Montalvo. *Crayolas gigantes.*



© Germán Montalvo.

*Y así la vida transcurre desde cualquier ángulo.*

Este contexto excluyente engendra frustración y una configuración emocional que se vincula a la inobservancia de normas y reglas que rompe el tejido social; los jóvenes se encuentran en este vacío moral, siendo incapaces de actuar de forma socialmente adecuada (Andrabi, *et al*, 2017).

Como consecuencia de la cultura que honra al narco, es común que los jóvenes presuman conductas que generan anécdotas sobre qué tan valientes han sido (medido a partir de cuántas “madrizas” han propinado, cuántos enfrentamientos con “la ley” han experimentado, cuantos “batos” han “bajado” o “levantado”, cuánta droga toleran o cuántos días aguantan andar “high” –lo que no incluye únicamente alcohol, sino el uso de estimulantes, que en combinación les permite permanecer por días en la “parranda”). Los jóvenes crecen con estas influencias y se convierten en sus modelos, en sus “yo ideales”, eso es lo que mencionan desear conseguir, es decir, no solo es la forma de vida en la actualidad, sino la que pretenden consolidar.

#### **JÓVENES MICHOACANOS QUE CONSUMEN METANFETAMINA**

Muchos de los jóvenes michoacanos con adicción a metanfetaminas suelen ser originarios de

comunidades con pocas oportunidades educativas y de desarrollo, pertenecen en su mayoría a grupos indígenas: campesinos humildes, hijos de migrantes a Estados Unidos en condiciones de vulnerabilidad que trascienden su propia generación y hablan de circunstancias de desamparo de los padres, abuelos, bisabuelos, etcétera.

La mayoría de jóvenes presenta antecedentes de malnutrición; se observan en ellos marcas características de la anemia y signos en la piel distintivos de un estado de malnutrición, además de marcas en cara, brazos y manos, que se pueden atribuir al consumo de metanfetaminas (frecuentemente al fumar la droga, lo que hacen en pipa de vidrio, pueden caer gotitas de producto que les deja marcas de quemadura) o a maltrato físico, también un antecedente muy común en la población.

La mayoría de los jóvenes son hijos de padres y madres muy jóvenes y con baja escolaridad y bajo nivel cultural; muchas veces ausentes, alcohólicos, adictos o fallecidos. El hecho de que los progenitores estén ausentes se traduce en falta de supervisión de los jóvenes, que es un factor que incrementa de forma definitiva el riesgo de consumo (Weybrigh, *et al.*, 2015). Los adolescentes, describen infancias desoladas o interrumpidas, muchos de ellos con antecedentes de abuso físico y sexual (Forster, *et al.*, 2018).

La familia y sus dinámicas vulneran o protegen a los jóvenes ante las drogas; las condiciones familiares asociadas con un mayor riesgo de consumo de sustancias son las relaciones codependientes, el mal funcionamiento y la baja calidad de las relaciones familiares, el bajo nivel de comunicación con los padres y el bajo nivel educativo de los padres (Andrabi *et al.*, 2017).

Aproximadamente la mitad de los jóvenes reportan haber sido iniciados en el consumo de la sustancia por familiares o amigos de la calle; muchos reportan consumo activo dentro de la familia de origen; algunas familias viven de la venta y distribución de drogas; cuando los progenitores son dependientes de sustancias, aumenta el riesgo



de consumo de sustancias en el adolescente (Moreno, 2013).

Llama la atención que aun en casos en que familias completas viven de la venta de drogas, y que en ocasiones pueden obtener grandes cantidades de dinero, no hay consolidación financiera de parte de la familia; es decir, no “aprovechan” la circunstancia, viven al día, gastan de forma impulsiva y la “necesidad” de continuar la actividad ilícita, continúa.

Es común observar que los jóvenes en cuestión han abandonado la escuela en 2º nivel de secundaria; es decir, en pleno desarrollo adolescente. Llama la atención que la edad comprendida entre los 12 y 14 años es clave en el inicio y consolidación de las conductas de riesgo y delictivas. La mayoría de los jóvenes menciona haber comenzado el consumo en la pubertad, o antes de ella, entre los 8 y 11 años se encuentra la edad de inicio de la mayoría.

#### **INTERVENCIONES EXISTENTES PARA EL CASO DE ADICCIONES**

A partir de los datos acerca de los factores psicológicos asociados, los programas de intervención dirigidos a la atención de estas adicciones hacen énfasis en la responsabilidad individual y familiar en los procesos de cambio y recuperación de la adicción. Sin embargo, este modelo presenta una eficacia bastante baja en términos de recuperación y prevención de recaídas (Becoña, 2016).

Los tratamientos existentes para casos de adicciones han mostrado una tasa de éxito limitada; en el caso de adicciones, las recaídas se consideran normales; se espera que ocurran del 40 % hasta el 60 % de los casos, con una dinámica caracterizada por periodos de abstinencia y periodos de recaídas (Becoña, 2016).

En la dinámica de la adicción, más allá de responsabilizar al joven de su recuperación, es fundamental reconocer la necesidad de promover la oportunidad de una participación más saludable o

menos dañina en la sociedad. Los jóvenes no solo presentan problemas con las drogas, tienen pocas oportunidades de desarrollo cognitivo, afectivo, social, intelectual y moral. Mientras no se atiende de manera integral la condición de los jóvenes, parece ingenuo pretender que, con tratamientos dirigidos al sujeto, se logrará erradicar o disminuir el daño provocado, en este caso, por las adicciones.

La atención a esta población requiere el abordaje de las características sociodemográficas de las comunidades de las que provienen y las problemáticas específicas que se derivan de las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran, identificando las implicaciones en la vida de los jóvenes, escuchando activamente la manera en que los jóvenes lo han vivido.

Es importante también el análisis de las representaciones que los jóvenes tienen acerca de la posibilidad de mejorar en su vida y cambiar su condición; llama la atención la apabullante presencia de pensamiento mágico a partir del cual explican por qué un día su vida cambiará: “si dios quiere”, “mi destino”, etc., a partir de donde la salud y bonanza económica vendrán solas, las “oportunidades” aparecerán mágicamente y un día serán “felices al fin”.

Es fundamental la consideración de la cultura de los jóvenes, su etapa evolutiva y los tiempos adecuados para su desarrollo, pues la mayoría han detenido su progreso y han abandonados la educación formal y los procesos de maduración propios de su etapa de desarrollo. Los jóvenes requieren una reconfiguración de sus vinculaciones, valores, virtudes, conocimiento, como posibilidades de liberación, que les permita generar un proyecto de vida. En los planes y proyectos que expresan los jóvenes, se observa la ausencia de intereses de desarrollo personal, manifiestan deseos de continuar el modelo familiar básico: casarse, formar una familia, tener hijos... ¡a los 15 años!, lo cual únicamente garantiza la continuidad de la miseria.

#### **R E F E R E N C I A S**

Andrabi N, Khoddam R and Leventhal A (2017). Socioeconomic disparities in adolescent substance use: Role of enjoyable alternative



© Germán Montalvo. Popo e Izta.

substance-free activities. *Social Science & Medicine* 176:175-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.032>.

Bergman M (2016). *Drogas, narcotráfico y poder en América Latina*. Argentina: FCE.

Becoña E (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo* 37(2):118-125.

Forster G, Anderson E, Scholl J, Lukkles J and Watt M (2018). Negative consequences of early-life adversity on substance use as mediated by corticotropin-releasing factor modulation of serotonin activity. *Neurobiology of stress* 9:29-39.

Jiménez Silvestre K and Castillo Franco PI (2011). A través del cristal. La experiencia de consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Religión y sociedad* 23(50):153-183. <https://www.redalyc.org/pdf/102/10218443007.pdf>.

Maldonado Aranda S (2019). Los retos de seguridad en Michoacán. *Revista Mexicana de Sociología* 81(4):737-763. Recuperado de <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/57977>.

Moreno K (2013). *Metanfetaminas*. México: Trillas.

Potvin S, Pelletier J, Grot S, Hébert C, Barr A and Lecomte T (2018). Cognitive deficits in individuals with methamphetamine use disorder: A meta-analysis. *Addictive Behaviors* 80:154-160. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.021>.

Villatoro-Velázquez JA, Resendiz-Escobar E, Mujica-Salazar A, Bretón-Cirett M, Cañas-Martínez V, Soto-Hernández I, Fregoso-Ito D, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora ME, Gutiérrez-Reyes J, Franco-Núñez A, Romero-Martínez M y Mendoza-Alvarado L (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México: INPRFM. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/SM.0185-3325.2018.003](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2018.003).

Weybrigh E, Caldwell L, Ram N, Smith E and Wegner L (2015). Boredom Prone or Nothing to Do? Distinguishing Between State and Trait Leisure Boredom and Its association with Substance Use in South African Adolescents. *Leisure Sciences* 37:311-331. <https://doi.org/10.1080/01490400.2015.1014530>.

**Victoria González Ramírez**  
**Facultad de Psicología**  
**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**  
[victoria.gonzalez@umich.mx](mailto:victoria.gonzalez@umich.mx)



© Germán Montalvo. *Poe en Juárez.*