



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Xochimilco



El viaje termina, las marcas quedan

Estigmas hacia mujeres usuarias de drogas y su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención

Idónea comunicación de resultados para optar al grado de

Maestra en estudios de la Mujer

Presenta:

María de los Angeles Lobos Palacios

Asesora: Dra. Chloé Constant

Lectoras: Dra. Ángeles Sánchez Bringas

Dra. Angélica Ospina-Escobar

enero, 2021

Resumen:

La presente investigación, posicionada desde el paradigma de reducción de riesgos/daños y una perspectiva feminista, buscó analizar la incidencia de los estigmas hacia las mujeres consumidoras de drogas en sus experiencias de vida, consumo y atención. Para ello se realizaron entrevistas a profundidad a cinco mujeres que se encontraban realizando tratamiento en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, durante febrero del 2020.

Se encontró que los estigmas provienen tanto de su familia, como de pares, instituciones y profesionales de la salud. Particularmente, los estigmas generizados estereotipan a las mujeres usuarias de drogas como malas madres y promiscuas; acarreando como consecuencias un autoconcepto negativo de sí mismas, el ocultamiento de las prácticas de consumo y alejamiento de los servicios de salud.

Es necesaria la formulación de políticas de drogas con perspectiva de género que se traduzcan en ofertas de tratamiento específicas y exclusivas para mujeres, promoviendo espacios seguros libres de violencias y discriminación.

Palabras Claves: Mujeres, usos de drogas, estigmas, experiencias, salud.

Abstract:

This research, positioned from the risk/harm reduction paradigm and a feminist perspective, sought to analyze the incidence of stigmas towards women who use drugs in their life experiences, consumption and care. For this, in-depth interviews were conducted with five women who were undergoing treatment at the Venustiano Carranza Toxicological Specialties Hospital Clinic, during February 2020.

Stigmas were found to come from both their family members, peers, institutions and health professionals. In particular, gendered stigmas stereotype female drug users as bad mothers and promiscuous, resulting in a negative self-concept of themselves, the concealment of consumption practices and withdrawal from health services.

It is necessary to formulate drug policies with a gender perspective that translate into specific and exclusive treatment offers for women, promoting safe spaces free from violence and discrimination.

Key Words: Women, drug uses, stigma, experiences, health.



Chloé Lucienne Marguerite Constant

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma Metropolitana por permitirme continuar mi formación académica en el programa de Maestría de estudios de la Mujer, donde pude desarrollar mi investigación mediante el apoyo que otorgó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC).

Agradezco a las docentes que guiaron mi investigación, por su apoyo y retroalimentación constante; al personal de la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, quienes abrieron sus puertas para poder realizar el presente trabajo y principalmente a las mujeres que participaron compartiendo sus experiencias, gracias a ellas por la apertura y la confianza.

Mujeres psicoactivas

“Mujeres de lucha, pachecas definidas, curanderas indígenas, arbolarias y enfermas que confían en la liberación de la planta amiga, para el disfrute de nuestros cuerpos y el beneficio de nuestra salud”

Manifiesta Pacheca. Por la libertad, la vida y la dignidad de las mujeres (Luna, 2011).

Índice

Introducción

I.	Mujeres usuarias de drogas: perspectivas actuales en la investigación	
1.1	Uso de drogas y estigmas...	11
1.2	Tratamientos para personas usuarias de drogas...	15
1.3	Mujeres usuarias de drogas...	18
1.4	Barreras de acceso a tratamiento para mujeres usuarias de drogas...	23
1.5	Reflexiones en torno a las perspectivas actuales de investigación en mujeres y usos de drogas...	26
II.	Estigmas hacia las mujeres usuarias de drogas en sus procesos de salud-enfermedad-atención: aproximaciones teórico-metodológicas	
2.1	La polisemia de las drogas...	29
2.2	Estigmas: el “viaje” termina, las marcas quedan	34
2.3	Las mujeres impuras: género y uso de drogas...	37
2.4	Entre la autonomía y la institucionalización: proceso de salud-enfermedad-atención	40
2.5	El eje aglutinador de la experiencia	43
2.6	Agencia: entre la normatividad de género y la transgresión	45
2.7	Precisiones metodológicas...	47
III.	Recorridos de vida de mujeres usuarias de drogas	
3.1	El consumo de drogas en el entramado biográfico	53
3.1.1	Primeros acercamientos	53
3.1.2	¿Un eslabón más en la cadena transgeneracional?	54
3.1.3	La visión de ellas mismas	56
3.1.4	La estructura social que nos violenta	57
3.2	Motivaciones para el uso de drogas	59
3.2.1	Uso de drogas y relaciones de pareja	61
3.3	Patrones y significaciones de uso de drogas	64
3.3.1	Buscando la felicidad y la calma en una relación violenta	65
3.3.2	La alerta que tranquiliza	65
3.3.3	Drogas para aguantar: uso de cristal y comercio sexual	67
3.3.4	Entre la evasión, la productividad y el placer	68
3.3.5	El placer y la revolución mental	69
3.3.6	Drogas y maternidad	70

IV. Experiencias y estigmas de mujeres usuarias de drogas

4.1	Articulando la experiencia desde los márgenes.....	73
4.1.1	El acceso a las sustancias.....	73
4.1.2	Lugares de consumo.....	75
4.1.3	Evolución de los patrones de consumo.....	77
4.1.4	Uso de drogas y vida sexual.....	78
4.1.5	Riesgos por usos de drogas.....	79
4.1.6	Daños por usos de drogas.....	81
4.2	Estigmas por uso de drogas.....	82
4.2.1	Estigmas generizados.....	88
4.2.2	Estigmas desde profesionales de la salud e instituciones.....	88

V. Procesos de salud-enfermedad-atención

5.1	Los caminos para la atención y redes de apoyo.....	91
5.1.1	Ya pues, me trajeron.....	92
5.1.2	No sentía que fuese un problema.....	93
5.1.3	La importancia de la integralidad y extensión de los tratamientos.....	94
5.1.4	En búsqueda de un tratamiento individualizado.....	95
5.1.5	Entre la profesionalización y otros rezos.....	96
5.2	Relación con las instituciones de salud o tratamiento.....	98
5.2.1	Vulneraciones de derechos hacia las mujeres usuarias de drogas.....	100
5.2.2	El castigo ejemplificador de los anexos.....	102
5.3	Prácticas de agenciamiento del uso de drogas.....	104

Conclusiones	111
---------------------------	-----

Anexos

1. Perfil sociodemográfico de las entrevistadas.....	131
2. Glosario.....	132

Referencias	134
--------------------------	-----

Introducción

El presente trabajo surge como una inquietud desde mi experiencia personal y profesional. Tal como señala Linda Alcoff (en Bach, 2010) “ningún trabajo teórico es ajeno a la experiencia de quien lo ha escrito” (p.13). Desde niña crecí con propagandas anti drogas y viendo cómo personas cercanas, que usaban marihuana, eran tachadas de drogadictas y sancionadas por el entorno familiar. A medida que fui creciendo empecé a buscar información sobre drogas en medios alternativos, pues las campañas gubernamentales sólo se encargan de satanizarlas; conocí otras aristas de éstas hasta que comencé a usarlas, siempre desde el ocultamiento y temor a la penalización legal, familiar y social. Así fue como me fui vinculando con el activismo por una reforma a las políticas de drogas, que influenció mis posteriores elecciones vocacionales. Desde mi ejercicio profesional como psicóloga, me especialicé en los diversos usos de drogas -específicamente con mujeres- evidenciado la mayor estigmatización que recae sobre ellas, lo que me ha motivado a realizar el presente trabajo posicionándome no sólo como investigadora, desde una perspectiva feminista y antiprohibicionista, sino también como una mujer usuaria de drogas; entendiendo este reconocimiento público como una práctica más hacia la desestigmatización de esta práctica social.

La relación de los seres humanos con las drogas es de tiempos remotos. Cada cultura se ha relacionado de manera particular con éstas otorgándole diversos usos, ya sean religiosos, rituales, terapéuticos o recreativos. Sin embargo, no fue hasta comienzos del siglo XX donde su consumo se problematizó y se instaló como una preocupación pública y prioritaria en las agendas políticas internacionales. Ello dado las eventuales consecuencias socio-sanitarias que su uso acarrea, pero mayoritariamente por factores económicos y políticos (Boville, 2000;

Escohotado,1998b). La presente investigación aborda las experiencias de mujeres consumidoras de drogas en la Ciudad de México.

En la actual sociedad de consumo y de mercados globales, ninguna persona está ajena a la omnipresencia de las drogas (Valencia, 2010). Algunas las utilizarán para exaltar sus ánimos, otras para rendir sexual o laboralmente, otras para borrarse, y así un largo etcétera acorde a las distintas subjetividades existentes.

El éxito de la tecnociencia contemporánea es transformar nuestra depresión en Prozac, nuestra masculinidad en testosterona, nuestra erección en Viagra, nuestra fertilidad/esterilidad en píldora, nuestro sida en triterapia. Sin que se vea posible saber quién viene antes, si la depresión o el Prozac, si el Viagra o la erección, si la testosterona o la masculinidad, si la píldora o la maternidad, si la triterapia o el sida (Preciado, en Valencia 2010, pg. 112).

La creciente medicalización¹ a la que asistimos, y la diferenciación entre drogas legales e ilegales, generarán un trato diferenciado a las personas usuarias en función del tipo de sustancias de su preferencia (Szasz, 1993).

De este modo se permitirán cierto tipo de drogas que sean consonantes con la máxima que rige la vida actual: la productividad. Drogas "...que en vez de inducir visiones místicas o trances adivinatorios otorguen un tipo u otro de analgesia, y un tipo u otro de estimulación..." (Escohotado, 1998a, p.69). No es casual que drogas como benzodiazepinas o metilfenidato -más conocido como Ritalín- no sean sólo legales, sino también ampliamente promovidas en los circuitos médicos, engrosando considerablemente las arcas de las farmacéuticas.

Sin embargo, habrá otras personas sobre las cuales recaerá un estigma donde no solo se les juzgará por su consumo de drogas, sino por apartarse de normativas

¹ Entendida ésta como "una forma de ejercicio del poder que se caracteriza por la pérdida de control decisional sobre el propio cuerpo, su extensión, la propia vida (...) la emergencia de un cuerpo profesional especializado que toma estos territorios a cargo. Todo este proceso ocurre -y sigue ocurriendo- en la medida que es capaz de generar biolegitimidad, es decir, una justificación del ejercicio del poder en la aspiración de hacer persistir la vida biológica" (Germain, 2007, p.13).

morales y éticas, comportándose como lo que Castrillón (2008) denomina “antisujeto de la modernidad”. Son considerados sujetos disfuncionales que, con su uso de drogas ilegales, realizan una administración personal del tiempo que contraviene el imperativo de productividad que comanda la vida en la sociedad contemporánea, motivo por lo cual habría que corregirlos.

Dicha corrección puede darse por medio de dispositivos legales, médicos, religiosos o simplemente la exclusión del espacio social, como ocurre con las personas que se encuentran en situación de calle, generando ello impactos diferenciados en sus vidas (París y Pérez, 2015).

El último reporte mundial de drogas señaló que 269 millones de personas habrían consumido drogas en al menos una oportunidad en 2018. De ellas, 35 millones tendrían algún trastorno relacionado a su uso, pudiendo requerir tratamiento (Naciones Unidas, 2020).

En cuanto a la realidad mexicana, es necesario considerar las complejidades que representan dicho contexto. México se ha potenciado en las últimas décadas como un país de tránsito, productor y consumidor de drogas. Desde la declaración formal de la “Guerra contra las drogas”, como estrategia política del presidente Felipe Calderón en el año 2006, se han reportado más de 50.000 muertes relacionadas con el narcotráfico y el conflicto armado que lo acompaña (Basu y Pearlman, 2017). Ello ha generado lo que autores como Taussig (en Atuesta y Madrazo, 2019) han denominado “estado de emergencia crónico”, que ha devenido en una profunda crisis de violaciones a los derechos humanos, donde las desapariciones forzadas, tortura y ejecuciones extrajudiciales se han vuelto parte del escenario cotidiano del país. Estos niveles de violencia extrema, sumado a un marco legal que persigue y encarcela a las

personas usuarias de drogas², producen altos niveles de estrés en la población, y dota de particularidades a la experiencia de ser usuaria/o de drogas en México (Flores y Atuesta, 2018).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, en el año 2016 2.2 millones de personas consumieron drogas ilegales (2.7%), de los cuales 1.8 millones eran hombres y 474 mil mujeres. La sustancia ilegal más consumida en México es la marihuana y le sigue la cocaína, cuya prevalencia de consumo es 1.1% (81,036) para las mujeres y 1.0% (73,081) en hombres (Secretaría de Salud *et al.*, 2017).

Si bien se observa, para el caso de la cocaína, que la prevalencia de consumo es levemente mayor para mujeres, la tendencia generalizada es que los hombres presentan mayores prevalencias de consumo para la mayoría de las drogas. Esta brecha que se acorta en la población joven y se invierte en el caso del uso de drogas de prescripción médica consumidas sin receta, donde la prevalencia total de las mujeres es de 6.5% y en hombres de 5.1%, especialmente los estimulantes derivados de las anfetaminas, que se relacionan con la pérdida de apetito y de peso. También ha sido significativa la reducción en las edades de inicio de consumo los últimos años; en hombres pasó de 19.8 años en 2002 a 17.7 años en 2016 y en las mujeres de 23.6 años a 18.2 años (Secretaría de Salud y Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC, 2019).

² Entre el año 2015 y 2017 ha habido un aumento de un 103,3% de mujeres encarceladas por delitos contra la salud, siendo la primera causa de prisión femenina en el país, donde lo que se sanciona es el narcomenudeo pero también muchas veces la simple posesión de sustancias ilícitas (EQUIS, 2017).

En lo referido a la dependencia a drogas³, esta afecta al 0,6% de la población, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. De aquel universo, sólo el 8% han acudido a tratamiento, en razón de ocho hombres por una mujer. El mayor porcentaje de dependencia a drogas se da entre los 18 y 34 años de edad para los hombres, mientras que en las mujeres se da entre los 12 y 17 años. El mismo informe postula que el bajo índice de asistencia a tratamiento podría estar dado por barreras de acceso, tales como: económicas, geográficas, falta de adaptación del servicio a la persona usuaria entre otras (Secretaría de Salud *et al.*, 2017).

En México, la oferta de tratamiento para personas con problemas derivados del uso de drogas, se concentra en la Red Nacional de Atención y Tratamiento, regida por la Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028). Las principales modalidades de atención son ambulatoria y residencial. La red ambulatoria se compone de 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil, y un número indeterminado de clínicas particulares. Por su parte, los centros residenciales incluyen 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil, 45 centros residenciales públicos y 2,108 establecimientos residenciales privados, de los cuales solo 1,045 están registrados y apenas 348 reconocidos, es decir, se acogen a la normativa de calidad vigente. También existen los establecimientos de ayuda mutua, dirigidos por personas usuarias de drogas en

³ La encuesta referenciada entiende la dependencia a drogas como un conjunto de manifestaciones físicas, comportamentales y psicológicas resultantes del consumo sostenido de drogas, que incluye tres o más de los siguientes síntomas: tolerancia, abstinencia, deseo persistente de consumir, utilización de mucho tiempo en torno al consumo, reducción de actividades sociales, estudiantiles o laborales y mantención del consumo a pesar de tener conciencia de las consecuencias dañinas del mismo.

recuperación, basados en el modelo de los 12 pasos de alcohólicos anónimos (AA) sin apoyo profesional, aunque generan alianzas con centros de salud (Secretaría de Salud y Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC, 2019).

Estadísticamente, según lo reportado entre el año 2013 y 2018, los hombres suelen solicitar atención principalmente por su consumo de marihuana (35.2%), alcohol (30.5%), metanfetaminas (15.0%) y tabaco (9.2%); mientras que las mujeres consultan mayoritariamente por consumo de alcohol (47.1%), marihuana (18.5%) y tabaco (15.2%) (Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones, SICECA, 2017).

Dichas diferencias estadísticas, así como la literatura revisada, evidencian que las diferencias de sexo y de género dan paso a diversas formas de padecer y enfermar, afectan el modo en que se perciben los síntomas, la actitud ante éstos, los modos de vinculación con los servicios sanitarios, así como también el abordaje diagnóstico y terapéutico, la adherencia a los tratamientos y el pronóstico de las enfermedades (Borrell y Artazcoz, 2008; Gómez, 2013).

Diversos estudios han evidenciado que en general la salud de las mujeres es peor que la de los hombres (Lasheras *et al.*, 2003; Observatorio de Salud de las Mujeres de Andalucía, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2009), en virtud de las diferencias biológicas, pero también, en gran medida, por los aspectos socioculturales y el sistema sexo-género que establece condiciones estructuralmente desiguales para las mujeres (Borrell *et al.*, 2004).

Si bien la dependencia hacia las drogas se da en mayor proporción en hombres, cuando las mujeres inician el consumo de sustancias psicoactivas tienden a aumentarlo más rápidamente y sufren mayores consecuencias sanitarias (Naciones Unidas, 2005, 2016, 2017, 2018). Así como en otros procesos de salud-enfermedad-

atención, en el caso de la dependencia hacia sustancias psicoactivas, también operan diferencias de género, las cuales tendrán diversas repercusiones en las experiencias de consumo (motivaciones, patrones de consumo, acceso a servicios sanitarios y terapéuticos, entre otros) (Arostegui y Urbano, 2004).

Por otro lado, el uso de drogas tiende estar socialmente estigmatizado, situación que suele intensificarse hacia las mujeres -por transgredir los roles tradicionales asociados a los estereotipos de género (buena madre-esposa y responsable de los cuidados)-, al considerarse el uso de drogas una conducta típicamente masculina (Pérez y Correa, 2011).

En virtud de lo anterior, el objetivo central de la presente investigación fue analizar cómo inciden los estigmas en las experiencias de las mujeres consumidoras de drogas. Los objetivos específicos apuntaron a describir los tipos de estigmas, tanto generales como generizados, que reciben por ser usuarias de drogas; mostrar cómo son sus experiencias en la búsqueda de ayuda para abordar sus consumos; cuáles son las significaciones que ellas le atribuyen al uso de drogas y a éstas; y cuáles son las estrategias que han desarrollado para gestionar sus prácticas de consumo y lidiar con los diversos estigmas.

Mediante una estrategia de investigación cualitativa, se buscó comprender los significados (Denzin y Lincoln, 2012) que las propias mujeres otorgan a sus experiencias de usos de drogas y con los servicios sanitarios. Los casos fueron seleccionados a partir de mujeres usuarias de drogas que han sido atendidas en un servicio público de salud de la Ciudad de México, utilizando un criterio de voluntariedad para la selección de la muestra (Hernández *et al.*, 2010) y hasta que se alcanzara la saturación teórica o de categorías (Flick, 2004), lo que se vio interrumpido por la crisis sanitaria suscitada por la pandemia.

El trabajo de campo fue desarrollado en el mes de febrero de 2020 en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, un servicio de carácter público ubicado en la Colonia Adolfo López Mateo de la Ciudad de México, en las cercanías del metro Pantitlán. El organismo, dependiente de la Secretaría de Salud (SSA), ofrece los servicios de medicina especializada en adicciones, psiquiatría, psicología, urgencias para adultos y nutrición, brindando atención las 24 horas. Las vías de admisión de pacientes son dos, voluntaria o por vía judicial, ambas ofrecen los servicios de hospitalización, urgencias y consulta ambulatoria. Asimismo, las personas pueden llegar derivadas desde hospitales, centros de atención primaria, otros centros de salud pertenecientes a la red de la SSA, de organizaciones no gubernamentales, o bien personas en situación de calle.

Resulta relevante realizar una investigación sobre usos de drogas y mujeres ya que, al igual que en otras temáticas científicas, en esta área ha primado el androcentrismo. Lo que se conoce, en cuanto al fenómeno, en mujeres ha sido principalmente una extensión de los resultados de estudios realizados sólo con hombres (Rekalde y Vilches, 2003). La investigación sobre drogas y mujeres suele centrarse en las consecuencias sociales y familiares de su consumo (Esteban, 2006), lo que es consonante con una lógica patriarcal que obvia a las mujeres como sujetas autónomas e independientes y las entiende -como señala Marcela Lagarde (1990)- en un ser-de y para-otros; y como un cuerpo-para-otros (Basaglia, en Sánchez, 1996).

Desde ahí, es pertinente realizar un abordaje de la salud de las mujeres desde una perspectiva feminista, que considere cómo las pautas culturales y el sistema sexo-género que rigen nuestros comportamientos van incidiendo en nuestros malestares y los diversos modos de padecer, así como en las lógicas de poder subyacentes que no sólo generan diferencias, sino también desigualdades para las mujeres.

Asimismo, es importante dar cuenta de cómo se van articulando los padecimientos con distintos ejes de desigualdad, en una matriz de dominación más amplia (Hill Collins, 1998) donde el género -entendido como una construcción continua y dinámica (De Lauretis, 1989; Borrel y Artazcoz, 2008)- se entrelaza con otras dimensiones, como la etnia y la clase. Hill Collins complejiza aún más el análisis al incluir elementos estructurales (leyes y políticas institucionales); aspectos disciplinarios (jerarquías burocráticas y técnicas de vigilancia); elementos hegemónicos e ideologías; y aspectos interpersonales, como las prácticas discriminatorias.

Entender las especificidades del uso de drogas en mujeres, centrando la atención en las experiencias de las mismas implicadas, pretende otorgar un abordaje comprensivo y situado en un contexto específico, dando cuenta a la vez de la historicidad de sus modos de consumo, con miras a despatologizar las prácticas de uso de drogas y entenderlas dentro del entramado socio-biográfico de las mujeres. Visibilizar a esta población podría brindar insumos para una eventual mejora en los servicios de salud, apuntando a una atención más especializada e integral, acorde con las necesidades específicas de cada mujer, que contemple las barreras de acceso y permanencia en los dispositivos de tratamiento.

En este marco, resulta crucial interrogar(nos) sobre la subjetividad de las mujeres y evidenciar los efectos e inscripciones de los distintos estereotipos de género y estigmas en éstas y sus experiencias: experiencias de violencia y sexualización, experiencias de maternaje, experiencias de analgesia o sobre-exaltación con sustancias, experiencias que buscan nuevas maneras de reinventarse para tratar de arreglárselas con el atravesamiento de los distintos mandatos de género.

El presente trabajo contempla cinco capítulos. El primero de ellos realiza una revisión por el estado actual de la investigación en lo referente a mujeres usuarias de drogas, tanto en México como a nivel internacional. El capítulo II versa sobre las aproximaciones teóricas relacionadas con los estigmas hacia mujeres usuarias de drogas, desarrollando las categorías analíticas que articulan la pregunta que guía la investigación. Asimismo, da cuenta de las estrategias metodológicas utilizadas y las vicisitudes para acceder al trabajo de campo, para ya luego adentrarse, en el siguiente capítulo, en la sistematización de las entrevistas. De este modo el capítulo III se centra en los recorridos de vida de las mujeres entrevistadas para ir comprendiendo cómo se inserta el uso de drogas en sus entramados biográficos. El capítulo IV se focaliza en la experiencia de estas mujeres como usuarias de drogas, dando cuenta de las prácticas que articulan su consumo propiamente tal y los diversos estigmas que han experimentado; para ir cerrando -en el capítulo V- con la relación que han tenido con los diversos servicios de salud por los cuales han transitado y dar cuenta de las prácticas que han desarrollado para gestionar tanto sus consumos como sus tratamientos en dichos recorridos.

I. Mujeres usuarias de drogas: perspectivas actuales en la investigación

En la siguiente sección se presentará el estado actual de la investigación, a partir del análisis de estudios empíricos enfocados en el uso de drogas en mujeres en México y algunos estudios internacionales. Los criterios utilizados para la selección de los trabajos fueron los siguientes: a) se privilegiaron aquellas investigaciones que estuvieran realizadas en México; b) que hubiesen empleado una metodología cualitativa y abordaje comprensivo; c) que hayan incorporado la perspectiva de género o feminista.

Los ejes temáticos que se desprendieron de la búsqueda fueron organizados a partir de los debates que se llevan a cabo en los estudios revisados: en un primer apartado se presentan los estudios analizados sobre estigma y uso de drogas. Dicho debate es transversal a los otros temas encontrados y que se presentan en las siguientes secciones, a saber, tratamiento para personas usuarias de drogas, mujeres usuarias de drogas y barreras de acceso a tratamiento para mujeres. Finalmente se presentan algunas reflexiones en torno a cómo se ha dado el abordaje investigativo del uso de drogas en mujeres.

1.1 Uso de drogas y estigmas

Los estudios sobre estigma y uso de drogas pueden englobarse en dos grandes vertientes: por un lado se encuentran aquellos que, desde un enfoque jurídico o criminalístico, visualizan al estigma como positivo en la medida que contribuye al control social y evitaría que las personas realicen la conducta estigmatizada; y por otro se encuentran las investigaciones biopsicosociales, centradas en las consecuencias negativas de los estigmas en la salud de las personas (Room, 2005). Para efectos de

la presente investigación, en virtud de sus objetivos, el análisis estará centrado en los últimos.

La literatura revisada plantea que el rechazo social y la estigmatización al uso de drogas es mayor que el que se dirige hacia otras afecciones, como la depresión y esquizofrenia, pues se culpa a las personas de su condición y se las considera peligrosas o violentas, generando emociones negativas más intensas (Corrigan *et al.*, 2009; Singleton, 2010). Este es un fenómeno generalizado en diversas latitudes; estudios revisados tanto en Europa, como en América Latina y Asia dan cuenta de dicha realidad (Clark, 2015; Duarte, *et al.*, 2016; Abeldaño, *et al.*, 2016; Perempuan Bersuara, 2016). La mayoría de las investigaciones utilizan la ya clásica definición de Goffman (1970), donde la designación de estereotipos negativos para definir a las personas usuarias de drogas, independiente de sus características individuales, va generando una “diferencia indeseable” que, a la larga, conduce a una “identidad deteriorada” de quien la soporta.

En México destaca el estudio denominado “Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City” (Mora-Ríos *et al.*, 2016), por ser uno de los pocos centrados específicamente en el estigma e incorporar entrevistas tanto a las personas usuarias de drogas, como a sus familiares y a los profesionales de la salud tratantes. Plantea que en la cultura mexicana se ha observado una actitud diferenciada hacia el uso de drogas ilegales y alcohol, siendo este último más tolerado socialmente. Ello ha traído como consecuencia la normalización de su uso, retrasando la solicitud de tratamiento en quienes lo requieren, y mayor estigmatización para quienes consumen drogas ilegales, lo que contribuye a que soliciten ayuda más rápidamente por el mayor rechazo social que experimentan.

Dentro de los resultados presentados en este estudio, cabe destacar que, de los 10 familiares entrevistados, 9 eran mujeres, lo que corresponde con el rol socialmente establecido de cuidadoras. Los profesionales tratantes coincidieron en que el estigma y la discriminación hacia las personas usuarias de drogas es una práctica recurrente de quienes trabajan en los servicios de salud y también en sus propias familias. En cuanto a las personas usuarias (fueron entrevistadas 7 hombres y 2 mujeres), todas refirieron haber sido objeto de estigmas al menos una vez en su vida, provenientes principalmente de sus propias familias y también de otras personas usuarias de drogas (en grupos de autoayuda). Las formas más comunes de estigmatización que se reportaron fueron burlas, enjuiciamiento, aislamiento, indiferencia, agresiones verbales y físicas y sobreprotección. Asimismo, las personas usuarias señalaron sentir vergüenza, culpa y sentimientos de inferioridad por su relación con las drogas, lo cual es denominado internalización del estigma.

Dentro de los aportes de la citada investigación destaca el planteamiento de cómo el estigma por uso de drogas se intersecta con otros ejes de discriminación, como por ejemplo la clase y el género. Las autoras señalan que las mujeres reciben mayor estigmatización que los hombres, aun cuando no incorporan una perspectiva de género en su análisis. Ellas mismas reconocen como limitante de la investigación el escaso número de mujeres usuarias entrevistadas y, desde ahí, no haber podido incorporar una interpretación que comprendiera la intersección entre género, uso de drogas y estigma.

Por otra parte, el estudio titulado “Marcas físicas y morales: segregación y discriminación de las personas que consumen drogas y sus familiares” (Pérez, 2015), que se llevó a cabo a través de 169 encuestas aplicadas colectivamente en centros de rehabilitación de Tijuana entre julio y agosto de 2009, señala que el estigma

aumenta la probabilidad de dañar la salud de las personas usuarias de drogas, aun cuando hayan cesado el consumo o se encuentren en tratamiento para dejarlo. Existe una actitud de señalización y culpabilización hacia las personas usuarias de drogas, de ahí que tanto la respuesta social, e incluso las llamadas estrategias terapéuticas, vayan en la línea de la corrección y el castigo. Dicha estigmatización es sentida con mayor vergüenza por las mujeres. El estudio también da cuenta de que ellas son las que se comprometen en mayor medida en los procesos de recuperación de sus familiares con uso problemático de drogas, reproduciendo los roles de género aprendidos ligados a la esfera de los cuidados y concordando con el estudio de Mora-Ríos *et al.* (2016).

Finalmente, refiere que el estigma no sólo alcanza a quien consume drogas, sino que es coextensivo a familiares y círculo cercano, lo que coincide con un estudio realizado en Estados Unidos, denominado “Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members” (Corrigan, *et al.*, 2006), que tras una encuesta realizada a 968 personas (de las cuales 51,9% fueron mujeres) señala que el estigma hacia las familias de personas usuarias de drogas es mayor que para otras afecciones de salud, culpando a la familia del inicio y mantenimiento de la problemática.

En cuanto al estigma y su relación con el tratamiento, se encuentra la investigación titulada “Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: the role of social stigma” (Semple *et al.*, 2005), realizada con una muestra de 292 personas usuarias de metanfetaminas en California. De ellas, 210 nunca habían estado en tratamiento. Mediante un programa de evaluación, asesoría y entrevistas, se halló que las que habían estado en tratamiento tenían el doble de probabilidades de ser rechazadas por su entorno. Ello debido a la asignación de "etiquetas negativas",

pues el ingresar a tratamiento implicaría asumir que tienen un problema grave de drogas y reconocerse como adictas. De ahí que el estigma sea considerado una barrera para acceder a tratamiento en las personas usuarias de drogas, o que éstas tarden en llegar a un servicio especializado y sólo sean atendidas desde servicios médicos generales donde, muchas veces, no se identifica su problema de uso de drogas o las mismas personas ocultan dicha información por temor al rechazo.

Si bien no se encontraron estudios que aborden específicamente el estigma generizado por uso de drogas, las investigaciones revisadas concuerdan en que recae mayor discriminación y estigma sobre las mujeres, principalmente por transgredir los mandatos de género tradicionales que las confinan al espacio doméstico (Romero *et al.*, 1997; Castillo y Gutiérrez, 2008). Por lo mismo, dicho estigma, sumado al que implica que se las catalogue como sexualmente promiscuas (Romero *et al.*, 1996), resulta ser más estresante y destructivo para las mujeres que para los hombres. Asimismo el estigma es interiorizado en mayor medida por las mujeres, acarreando mayor vergüenza, culpa y baja autoestima (Fernández, 2017). Medina-Mora *et al.* (2002) refiere que las mujeres tienen una doble vulnerabilidad: biológica pues, por razones metabólicas y hormonales, las mujeres generan dependencia a las drogas con mayor facilidad, y social por el rechazo que genera su consumo. Ello hace que estén más expuestas a sufrir violencia y que ésta sea invisibilizada, naturalizada e incluso legitimada (Fernández *et al.*, 2004).

1.2 Tratamientos para personas usuarias de drogas

La mayoría de los estudios de uso de drogas se realizan desde el enfoque de la salud, transitando por las perspectivas biopsicosociales, según el aspecto que deciden resaltar de la tríada droga-sujeto-contexto. El foco se dirige hacia la

drogadicción, asumiendo lo patológico de todo uso, y presentándola como una enfermedad crónica; las investigaciones suelen centrarse en la progresión de la enfermedad, las recaídas y la eficacia de los tratamientos (Pérez, 2015; Apud y Romani, 2016).

Como pudo visualizarse hasta el momento, el estigma hacia las personas usuarias de drogas genera repercusiones en su autopercepción y autoestima, como también en su vinculación con los servicios de salud. Así da cuenta el estudio denominado “Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México” (Zamudio *et al.*, 2015) en el que se entrevistaron a 18 personas que habían tenido por lo menos una experiencia de internamiento, tanto en la Ciudad de México (12) como en Tijuana (6).

Los autores plantean que la escasa oferta de tratamiento estatal, la ausencia de una política pública consistente y los estigmas que se reproducen en esos ámbitos, generan que la población usuaria de drogas sea discriminada. La situación se agrava en aquellos servicios privados, de ayuda mutua, anexos o granjas, que son escasamente fiscalizados, donde se maltrata y abusa a los pacientes de múltiples maneras: maltratos verbales, psicológicos, trabajos forzados, golpes, y, en algunos casos, tortura, abusos sexuales y violaciones. Dichos hallazgos concuerdan con lo que plantea Pérez (2015) respecto al estigma, que deviene en respuestas correctivas y de castigo hacia las personas usuarias de drogas, presuponiendo lo desviado de su conducta.

En general, la población usuaria de drogas vive en condiciones de vulnerabilidad ya que, sumado al estigma social, debe lidiar con la persecución policiaca, arrestos arbitrarios y abuso de las autoridades. Ello incluye la práctica de internación forzosa la cual es muy común, en especial en Tijuana, donde más de la

tercera parte de la población internada ha ingresado en contra de su voluntad (París, 2015).

Dichos maltratos, además de las secuelas físicas y psicológicas que dejan, generan que las personas se resistan a solicitar un nuevo tratamiento y las aleja de los servicios de salud, por temor a la reproducción de los maltratos.

El estudio de Zamudio *et al.* (2015) destaca tanto por su metodología cualitativa, centrada en las experiencias de abuso vividas por las personas en sus tratamientos, como por presentar a las personas usuarias de drogas como sujetos de derechos.

Asimismo, sus hallazgos se suman a la evidencia en cuanto a la búsqueda de tratamiento que señala que en el área de salud mental, incluyendo el abuso de sustancias, menos del 1% de las personas busca tratamiento el mismo año en que comienza el malestar; la mayoría tarda entre 10 y 30 años antes del primer contacto con servicios especializados (Wang *et al.*, 2004; Borges *et al.*, 2007; Borges *et al.*, 2009). Particularmente, en México, antes de acudir a servicios profesionales, las personas buscan ayuda en familiares, red social próxima, automedicación o personeros religiosos. Ello retrasa la búsqueda de atención especializada y, eventualmente, puede agravar la situación (Berenzon *et al.*, 2003).

Es importante recalcar que existe una brecha de género en cuanto al acceso y demanda de tratamiento. Las cifras de demanda de atención directa siguen estando inclinadas mayoritariamente hacia los hombres (Córdova *et al.*, 2001). Aun cuando se ha detectado un aumento en la proporción de mujeres que demanda atención. En el 2006 la razón de hombres atendidos por cada mujer era de 5.3, pasando a 4.7 en el 2016 (Fernández, 2017).

Los estudios presentados, si bien evidencian la insatisfacción de las necesidades de salud mental en México, utilizan una metodología cuantitativa por lo que no dan cuenta de los factores que podrían incidir en la brecha entre que se detecta el padecimiento y el momento en que se solicita la atención, ni cómo ésta afecta a las personas implicadas, situación que pretende abordar la presente investigación.

1.3 Mujeres usuarias de drogas

Las investigaciones sobre uso y abuso de sustancias en México comienzan a incorporar a las mujeres a inicios de la década de los noventa. En un primer momento con estudios de carácter cuantitativo y epidemiológico, entre los que destacan la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco y aquellos centrados en analizar la evolución de las prevalencias de usos de drogas (Medina-Mora *et al.*, 2011; Fleiz *et al.*, 2011).

Sus aportes fueron visibilizar que la brecha por sexo entre los patrones de consumo se va acortando con el paso de los años y las mujeres van transitando, cada vez más, del uso experimental al abuso habitual e incluso problemático de drogas. Este fenómeno ha venido incrementándose a partir del año 2000, especialmente entre la población más joven (Hernández y Galván, 2011; Romero *et al.*, 2011), ya que el consumo de alcohol y tabaco está socialmente permitido y normalizado en espacios de socialización juvenil, donde es una herramienta para la distensión social y para diferenciarse del control familiar adulto. Sin embargo, dicha situación es transitoria pues, en el pasaje a la vida adulta, las mujeres tienden a asumir los roles de género tradicionales y se mantiene la brecha con los hombres usuarios de drogas. A pesar de una mayor inserción social en la vida pública, las mujeres siguen ocupando un

lugar secundario en los espacios de usos de drogas y asumen conductas de menor riesgo (Fernández, 2017).

La mayoría de los estudios sobre uso de drogas en México son de carácter epidemiológico y hacen hincapié en sus efectos nocivos a nivel individual y social, lo que resulta concordante con la mirada sanitarista del fenómeno. En esta misma línea se encuentran múltiples estudios desde la psicología, que acotan el fenómeno a una dimensión individual y de tinte patológico, adentrándose en clasificaciones y descripciones, más que en una perspectiva comprensiva.

Maria Elena Medina-Mora, psicóloga mexicana con una vasta producción de investigación en el área de uso de drogas, en su tesis doctoral (1993) estudió las diferencias por género en el consumo de alcohol, en el estado de Michoacán. Evidenció que las mujeres tenían mayor prevalencia de depresión y que ésta se acentuaba con la ingesta de alcohol. La misma autora, en un artículo publicado el año siguiente, enmarca el consumo de alcohol de las mujeres en el contexto de la cultura machista mexicana y propone el síndrome de la “mujer que sufre” como figura enaltecida en la sociedad mexicana, donde la sumisión es valorada positivamente y corresponde a la tarea socialmente asignada de controlar el consumo de alcohol de los varones (Medina-Mora, 1994). Ello concuerda con los datos aportados por un estudio de demanda de atención en orientación telefónica sobre adicciones, donde la mayoría de las consultantes eran mujeres que buscaban ayuda para algún familiar hombre (Huesca *et al.*, 2001).

Un estudio posterior, titulado “Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México” (Castillo y Gutiérrez, 2008), da cuenta de las diferencias entre el perfil sociodemográfico, factores relacionados con la demanda de tratamiento y la edad de ingreso al mismo entre 754

mujeres que solicitaron atención en Centros de Integración Juvenil, entre julio y diciembre de 2004. Para ello fueron categorizadas en tres grupos de edad: 1) 12 a 20 años; 2) 21 a 39 años y 3) 40 años y más. Dentro de sus resultados, los autores señalan que las drogas más consumidas fueron el tabaco, las bebidas alcohólicas y la marihuana. Al comparar los tres grupos etarios observaron que las mujeres más jóvenes acudían a tratamiento presionadas por su familia o escuela, mientras que los otros grupos lo hacían por iniciativa propia. Tanto en el primer como en el segundo grupo, la mayoría eran mujeres solteras, y el consumo de drogas legales predominaba en las mujeres tercer grupo. Este estudio resulta interesante en la medida que su muestra es amplia y logra dar cuenta de las especificidades que pueden presentarse en las mujeres según su rango etario lo que, tal como señalan las autoras, podría contribuir a diseñar mejor la oferta de tratamiento. Sin embargo, dado la metodología empleada (no se realizaron entrevistas directas con las mujeres, sino que se basaron en el formato de primera entrevista para ingresar a tratamiento), más allá de datos epidemiológicos y sociodemográficos, el estudio no se adentra en las significaciones ni trayectorias de consumo, por lo que brinda una mirada más descriptiva que comprensiva.

Este último enfoque, vinculado al uso de metodologías cualitativas, se encuentra en la compilación titulada “Estudios del consumo de drogas con perspectiva de género” (Fernández, 2017), donde se busca dar cuenta de la complejidad y los matices de la temática, entendiendo su incidencia en la construcción de subjetividades y su entramado con los discursos sociales. Asimismo se posicionan desde la perspectiva de género buscando dar cuenta cómo éste influye en los motivos, causas y consecuencias del consumo. Utiliza las categorías analíticas de habitus y violencia

simbólica de Bourdieu para dar cuenta de la opresión y cómo la generización naturaliza dicha opresión.

Dentro de sus principales hallazgos señalan que, por lo general, las mujeres consumidoras de drogas inician su consumo con la pareja, a diferencia de los hombres que suelen hacerlo con su grupo de pares. Las mujeres tienen un historial de violencia y abusos de todo tipo, incluyendo sexuales, que suele remontarse a la infancia. El uso de estimulantes tiende a estar ligado al control del peso más que al placer, como ocurre en los hombres. Asimismo, el intercambio sexual para conseguir drogas es recurrente, lo que aumenta las posibilidades de experimentar violencia.

Ello coincide con los resultados aportados por meta análisis europeos que señalan que las mujeres usuarias de drogas sufren más violencia que las mujeres no usuarias; son mayor objeto de violencia que los hombres usuarios de drogas y que las personas que sufren violencia consumen sustancias psicoactivas en mayor proporción que las personas que no sufren violencia (Llopis, 2005; Clark, 2015).

Por otra parte se encuentran los estudios mexicanos que adscriben a una perspectiva feminista, los cuales tienen la particularidad de haber sido publicados en 1996 y 1997, escapando al primer criterio de búsqueda -que contemplaba estudios con no más de quince años de antigüedad-, el cual sólo arrojó resultados de investigaciones desde la perspectiva de género. En ambos participa como autora Marta Romero, quien destaca con una amplia producción en la materia en México. Llama la atención que en una compilación más actualizada de la temática “Mujeres y adicciones” (Romero *et al.*, 2011), en la cual Romero participa como editora y autora de varios artículos, sólo se menciona el enfoque de género y ninguno de los 12 artículos del libro se adscribe a una perspectiva feminista. Lo mismo ocurrió con las

investigaciones a nivel internacional, donde se tiene como referente el libro de Nan Van Den Bergh, "Feminist Perspectives on Addictions", que data de 1991.

La investigación titulada "Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social" (Romero *et al.*, 1996) retrata, mediante 5 análisis de casos, cómo las experiencias de violencias incidieron en la trayectoria de uso de drogas de mujeres menores de edad que vivieron en la calle y que, en el momento de la investigación, se encontraban internadas en un centro de tratamiento para menores delincuentes. Una de sus contribuciones, derivada de su posicionamiento feminista, es que "revela la existencia de una ideología sexista, que define cómo se deben sentir las mujeres que tienen problemas de adicciones y por ende define como deben de ser tratadas" (p.1).

En la misma línea, la investigación denominada "Necesidades de atención de la salud mental de la mujer adicta" (Romero *et al.*, 1997) da cuenta, a través del análisis de historias de vida, de los obstáculos de atención en salud de mujeres usuarias de drogas de diversas zonas urbanas de la ciudad de México. Presenta los relatos de distintas mujeres, en el entendido de que existe una gran diversidad -o interseccionalidades, aunque no lo nombra así- a considerar: aquellas que viven en situación de calle, lesbianas, madres o embarazadas y mujeres con relaciones de parejas violentas (que suelen ser el reflejo de patrones transgeneracionales de violencia). Plantea la necesidad de considerar, en el abordaje de las adicciones, la situación de mayor opresión que viven las mujeres, que dotará de complejidades específicas al uso de sustancias en este grupo.

Si bien el universo de mujeres consumidoras de drogas es diverso, hay ciertas características comunes que han recogido las principales instituciones gubernamentales dedicadas a la materia. Más allá de la variabilidad socioeconómica

y etaria la mayoría tienden a ser jóvenes con nivel educativo, empleabilidad e ingresos limitados; suelen tener hijos/as y pareja que también usa drogas. Asimismo evidencian una historia marcada por los traumas y otras afecciones en la esfera de la salud mental (Galván y Marín, 2011).

La mayoría de las y los autores coinciden en los siguientes hallazgos: las mujeres usuarias de drogas son socialmente más castigadas por considerarlas transgresoras de los roles tradicionalmente asignados; tienen un historial de abusos físicos, emocionales y sexuales en contextos familiares y comunitarios; su vulnerabilidad es mayor puesto que se encuentran involucradas en relaciones afectivas y entornos violentos, viven en situación de calle y pobreza (Medina-Mora, 1993; Medina-Mora 1994; Alonso *et al.*, 2005).

1.4 Barreras de acceso a tratamiento para mujeres usuarias de drogas

La mayor condena social que reciben las mujeres usuarias de drogas repercute en que tienen menos probabilidad de acceder a tratamiento, pues las barreras son mayores, en gran medida por el peso del estigma. Si bien en Europa algunos estudios dan cuenta de lo contrario -lo que puede obedecer a la mayor disponibilidad de servicios específicos para ellas o aquellos relacionados con el embarazo y/o la crianza-, esto no se condice con la realidad latinoamericana, donde escasean los programas de tratamiento con perspectiva de género o políticas públicas que se desarrollen en esa línea (Arpa, 2017).

Específicamente en México, un estudio publicado en el año 2011 evidenció que de un total de 134 participantes vinculados al área de tratamiento de adicciones, sólo 26.8% señalaron que en sus instituciones contaban con programas de atención para mujeres o que eran sensibles al género (la mayoría de ellos pertenecientes a

organizaciones de la sociedad civil); mientras que 450 personas manifestaron la necesidad de incorporar la perspectiva de género en centros especializados para mujeres con adicciones. Ello, a pesar de las recomendaciones y lineamientos que han entregado organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual en el año 2007, durante la Asamblea General, aprobó la Estrategia que incorporaba la perspectiva de género y recomendaba a los Estados miembros capacitar en la materia en todos los niveles de atención de salud (Fuentes de Iturbe, 2011).

El mismo estudio dio cuenta, desde la perspectiva del personal de salud, de las principales barreras de acceso a tratamiento para las mujeres, entre las que se encuentran la falta de capacitación, falta de tiempo, prejuicio y discriminación. En términos institucionales mencionaron la falta de programas específicos, carencia de coordinación entre instituciones para realizar las derivaciones pertinentes, falta de infraestructura para el desarrollo de terapias grupales, escasez de recursos económicos, poca difusión y conocimiento de los centros de atención, falta de centros de tratamiento y horarios flexibles. En cuanto a las barreras personales que los tratantes identifican en las mujeres usuarias de drogas, se encuentran las siguientes: vergüenza y culpa, negación del problema y resistencia al cambio y temor al rechazo; en el ámbito interpersonal se menciona el escaso apoyo familiar, miedo a perder a la pareja y/o hijos/as y miedo a la violencia; en términos de barreras sociales aparece la estigmatización, discriminación, desconfianza de recibir un tratamiento acorde a sus necesidades o experiencias negativas previas y los problemas económicos (Fuentes de Iturbe, 2011).

El estudio de Fuentes de Iturbe (2011) resulta valioso en la medida que brinda una descripción detallada de las barreras de tratamiento para las mujeres. Sin

embargo, al igual que múltiples investigaciones, se centra en las perspectivas de los profesionales de la salud y no en las de las propias usuarias.

Otros estudios también hacen hincapié en el factor económico como una barrera importante para el acceso a tratamiento de las mujeres, pues las cargas económicas son mayores para ellas ya que, por lo general, presentan menores tasas de empleo e ingresos (Arpa, 2017). En virtud de ello, si no hay ofertas de servicios estatales y gratuitos, o con algún tipo de subvención es difícil que las mujeres puedan acceder, más aún si éstos prescriben terapias farmacológicas. Lo mismo ocurre con los costos de transporte y el escaso o nulo apoyo para el cuidado de sus hijos/as.

Algunos estudios proponen una articulación circular entre aquellos factores que incrementarían los riesgos para el desarrollo de un uso problemático de drogas en mujeres, las consecuencias del mismo y las barreras para que puedan acceder a tratamiento (Van Den Bergh, 1991). Entre tales factores se encuentran la feminización de la pobreza, que ha traído como consecuencia que cada día más mujeres se vinculen al narcomenudeo (EQUIS, 2017); la violencia sistémica a la que están expuestas las mujeres y la mayor estigmatización que reciben. Se va generando así una compleja e imbricada red de factores que serían importantes a considerar para un adecuado diseño de políticas públicas y programas y estrategias de intervención (Naciones Unidas, 2018).

En términos metodológicos, destaca el estudio titulado “El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento” (Cravioto *et al.*, 2011), pues da cuenta de la construcción social de la imagen de las usuarias de drogas, desde su propia perspectiva, evidenciando el estigma y exclusión social que ellas perciben no sólo de la sociedad en general, sino también de los profesionales de la salud y el sistema

judicial. Este estudio constituye un acercamiento profundo a las prácticas de dichas mujeres durante el proceso de uso de drogas y lo que ello implica, diferenciándose de la mayoría de los estudios de corte más cuantitativo y epidemiológico. Si bien está acotado a un tipo de mujeres usuarias de una droga en particular, y en una zona geográfica que tiene especificidades propias de un lugar fronterizo, su metodología y tópicos indagados resultan interesantes para extrapolar en la presente investigación a la Ciudad de México, con una muestra más variada, en términos de las drogas de preferencia y la composición sociodemográfica, y con una perspectiva feminista.

1.5 Reflexiones en torno a las perspectivas actuales de investigación en mujeres y usos de drogas

Tras la revisión bibliográfica, es posible señalar que los enfoques predominantes para el abordaje de la temática de las drogas han emergido desde la criminología, con su modelo jurídico penal, y desde la farmacología, con una mirada médica y biologizante (Escohotado, 1998a y b; Soto, 2015; Apud y Romaní, 2016).

Lo anterior ha implicado que las personas usuarias de drogas sean denominadas de distintas maneras. Como delincuentes, desviadas y viciosas (modelo jurídico) o como enfermas y carentes de voluntad (modelo médico), que ha sido la postura de las investigaciones analizadas, exceptuando la realizada por Zamudio *et al.* (2015).

La mayoría de las investigaciones revisadas se circunscriben en el paradigma hegemónico del prohibicionismo⁴, planteando la necesidad de erradicar el uso de

⁴ Un claro ejemplo de ello es el “Mensaje” que introduce el libro “Mujeres y Adicciones”, una de las mayores recopilaciones en la materia en México: “La droga desarrolla las adicciones, enriquece a los narcotraficantes, roba los sueños y desaparece el futuro de las personas; amenaza a las familias y nos destruye como sociedad. La droga mata en su consumo y en su distribución” (Romero *et al.*, 2011, p.9).

drogas, lo cual puede sesgar tanto el levantamiento de información, como la interpretación de los resultados. La presente investigación busca desmarcarse de dicha tendencia y adhiere a la perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Dicho paradigma, al incorporar la dimensión de los derechos humanos y la autonomía de las personas, reconociendo el uso de drogas como una práctica social, ya no habla de delincuentes ni de enfermos, sino más bien de personas usuarias de drogas (Peyraube, s/f); siendo ésta la terminología y posicionamiento político de la presente investigación.

Desde ahí busca conocer la funcionalidad que las mujeres usuarias le atribuyen a las drogas, con miras a ampliar los significados que tradicionalmente se le han adosado a las sustancias (dejando a un lado la pretensión de que se cese su uso o juzgar el mismo), y conocer cómo éstos se entrelazan con los mandatos de género y la vivencia de ser mujeres usuarias de drogas en el contexto mexicano.

La escasa producción de investigaciones de usuarias de drogas desde una perspectiva feminista, y el hecho de que los estudios encontrados datan de la década de 1990, puede hacer conjeturar que la institucionalización del enfoque de género y la cooptación estatal del término devino en un borramiento del enfoque feminista.

Si bien ha habido avances en cuanto a la incorporación de las mujeres como sujetas de estudio en las investigaciones sobre drogas, aún existen lagunas de conocimientos, ya sea porque los datos no siempre son desagregados por género, o sólo consideran dicha variable como mero dato cuantitativo sin caracterizar las especificidades de las mujeres (Naciones Unidas, 2005; Roberts *et al.*, 2010; Greenfield *et al.*, 2011). A su vez, la investigación en drogas y mujeres suele centrarse en los efectos del consumo en la familia y entorno de las usuarias, o en poblaciones

consideradas vulnerables como las trabajadoras sexuales, replicándose los estereotipos de “madres o putas” (Rodríguez *et al.*, 2011).

De ahí la importancia de retomar un enfoque feminista en la investigación, cuyo centro sean las mujeres y sus experiencias históricas y sociales, develando las relaciones de poder y desigualdad entre hombres y mujeres; cuestionando aquellas visiones esencialistas y estereotipadas respecto a las usuarias de drogas, guardando distancia de gran parte de las investigaciones que las presentan recalcando un lugar de víctimas, ya sea de violencia, prostitución o entornos vulnerables. Ello motiva otro de los objetivos de investigación, centrado en conocer las experiencias de las usuarias con los servicios sanitarios y las estrategias que han desarrollado para gestionar sus prácticas de consumo y lidiar con los diversos estigmas, dando cuenta de las subjetividades puestas en juego en sus procesos de salud-enfermedad-atención.

Resulta pertinente explicitar el posicionamiento teórico y político que guiará la presente investigación, recordando lo que señala Sandra Harding (2004) -con su crítica feminista a las ciencias-, que toda generación de conocimiento se encuentra localizada o situada socialmente. Del mismo modo, la respuesta social, legal, política y epistémica que se tenga en torno a las drogas, tendrá implicancias diferenciadas para el trato que se les brinde a las personas usuarias y sus vivencias (Peyraube, s/f). La asunción de un enfoque de reducción de daños, conjugado con una perspectiva feminista, busca aportar a una comprensión del uso de drogas en mujeres que interroge los discursos hegemónicos del prohibicionismo y del sistema sexo-género.

II. Estigmas hacia las mujeres usuarias de drogas en sus procesos de salud-enfermedad-atención: aproximaciones teóricas

En este capítulo, tras haber revisado los principales estudios empíricos enfocados en el uso de drogas en mujeres, se procederá a desarrollar las categorías analíticas centrales y las perspectivas teóricas subyacentes, que articulan la pregunta central que guía la presente investigación. El capítulo cierra con un apartado metodológico.

2.1 La polisemia de las drogas

Más que una definición unívoca, el término “drogas” remite a un campo de tensión y disputa de sentidos que responde a las distintas coyunturas históricas, políticas y socioculturales. Para efectos de esta investigación se les considerará como una formación discursiva que posee densidad semántica, y desde ahí se estructura como un campo semántico en disputa (Foucault, 1990).

La construcción de éstas como un “problema público”, como ya se enunció, es reciente. Fue a inicios del siglo XX donde se instala el discurso del prohibicionismo como hegemónico, y con él una serie de representaciones y significantes respecto a las drogas. Siguiendo a Stuart Hall (2015) y su análisis de la raza, las drogas como construcción discursiva, actúan como un significado flotante que opera en virtud de su relación con otros, lo que lo inserta en una cadena de resignificaciones constantes en función de los contextos específicos de su emergencia.

Más allá de eso, el imaginario hegemónico del prohibicionismo ha instalado una serie de premisas básicas que, indefectiblemente, repercuten en las personas usuarias, afectan las prácticas de consumo y el quehacer de los profesionales que

intervienen en el ámbito de las drogas, delimitando campos de acción y teniendo efectos de poder sobre los mismos (Lourau, 1998).

Dichas premisas se resumen, a grandes rasgos, en los siguientes puntos: a) las drogas son un problema que no puede ser gestionado, sino erradicado (base moral); b) prohibir las drogas para usos no médicos y no científicos reducirá la disponibilidad e incrementará sus precios, reduciendo la demanda; c) traza una equivalencia entre adicto y delincuente, lo que da pie a la tríada droga-delito-inseguridad, y avala un enfoque represivo-penal estigmatizando, aún más, a las personas consumidoras de drogas; d) dicho estigma hacia las personas usuarias es un elemento protector hacia la sociedad para que no incurra en conductas de consumo (Inchaurreaga, 2001). Es así como el régimen de prohibición deja a las personas usuarias en una situación de ilegalidad y marginación social (Walton, 2001)

En una operación discursiva de la mayor trascendencia, se asocia a todo usuario de drogas con un adicto. Es decir, no se reconoce al usuario no problemático, ocasional o recreativo, que sin duda, es la figura más frecuente del uso de cualquier droga psicoactiva con independencia del estatus legal en que se sitúe. Siguiendo con esta lógica reduccionista, todo uso de una sustancia ilegal es malo, conducta desviada, un atentado contra el individuo que lo efectúa al tiempo que contra la sociedad (Fisher, 2008, p.64).

El consumo de drogas entonces posee un carácter marginal y transgresor, independiente de la significación que le de la persona usuaria a su propio consumo. Ya sea que se busque placer, evasión, explorar estados alterados de conciencia, recreación o cualquier otro fin, siempre se estará fuera de la ley y de lo que se espera como una actitud moral intachable, considerándose también un atentado contra la salud. Además de enfermas y delincuentes, se tiene que las personas consumidoras de drogas son desviadas.

La definición de consumo recreativo, abusivo, o problemático, está dada por una frontera que se difumina, en el contexto de una sociedad sobremedicalizada,

donde la valoración se hace en función de dispositivos médico-jurídicos que despliegan su saber/poder en tipologías que determinan consumos y sujetos válidos para la gestión gubernamental (Sepúlveda, 2011).

Desde organismos institucionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera como droga a cualquier sustancia, que introducida en el organismo, lo altera física o psíquicamente (CONACE, 2008). En tal sentido, todas las sustancias serían drogas, desde los alimentos, pasando por los cigarrillos, hasta la cocaína e incluso la contaminación. Como puede apreciarse es una definición bastante amplia. Sin embargo, en la cotidianeidad no se consideran drogas todas las sustancias mencionadas con anterioridad.

Socialmente la palabra droga por sí misma tiene una connotación negativa, suele asociarse a las drogas ilegales ya que el resto son medicamentos -que al ser dispensados por la autoridad médica, tienen una valoración social positiva aun cuando puedan ser considerablemente tóxicos y nocivos-, o alcohol y tabaco -que al estar altamente insertos en la sociedad no se consideran drogas, sino que su consumo es incluso promovido a pesar de los daños, comprobados científicamente, que causan en el organismo su consumo excesivo y prolongado en el tiempo-.

Se entrecruzan entonces factores científicos (referentes a la bioquímica de las sustancias y sus efectos en la salud) y elementos políticos, económicos e ideológicos (relacionados con la prohibición de determinadas drogas), donde la correlación entre la peligrosidad de las sustancias y su estatus legal no siempre es directa.

Es así como las drogas comienzan a operar más como un estereotipo que como un concepto, más arraigado al ámbito de la creencia (Del Olmo, 1989), o como plantea Derrida (1995) como un concepto alejado del rigor científico, instituido a partir de

evaluaciones morales o políticas que, de manera explícita o tácita, incluye la norma o la prohibición.

Desde ahí resulta importante la distinción que plantea Tomás Ibáñez (en Muñoz, 2011) entre los “discursos de la droga” y “discursos sobre la droga”. El primero hace referencia a las significaciones de las propias personas usuarias de drogas, mientras que el segundo apunta hacia los discursos oficiales e institucionalizados, y por consiguiente hegemónicos (medios de comunicación, entidades sanitarias, religiosas, etc.). Plantea además que cuando la persona consumidora se refiere a su práctica, comúnmente, es capturado por los “discursos sobre la droga”, de manera tal que adscribe a los significados culturales circundantes referente a las drogas, apropiándose del discurso social que les condena.

Mauricio Sepúlveda (2011) retoma esta distinción y la complejiza en la siguiente tipología: conversos, quienes adscriben a los discursos hegemónicos e institucionales; perversos, aquellos que realizan apología de las drogas y los subversos, quienes transitan y cuestionan los dos discursos precedentes, lo que puede dar cabida a prácticas de agenciamiento, o no necesariamente.

Una definición más inclusiva, de lo que puede entenderse por droga, la brinda el concepto griego de *Phármakon*, el cual significa “...remedio y tóxico; no una cosa u otra, sino las dos. (...) La toxicidad de un fármaco es la proporción concreta entre dosis activa y dosis letal; por eso ninguna propiamente dicha pertenece a lo inocuo, o sólo a lo ponzoñoso” (Escohotado, 1998a, p.137). El énfasis de tal concepto está dado por el uso que se hace del fármaco o droga por lo que la nocividad, o los beneficios que puedan extraerse de una sustancia, dependen del contexto en que se emplee, de la pureza de la droga, de las condiciones de acceso a la misma y las pautas culturales asociadas, y no de la sustancia en sí misma (Escohotado, 2006). Con ello la droga

puede dejar de condenarse como objeto, a priori, y el foco se pone en el uso que se hace de ella.

En la misma línea se encuentra la definición planteada por Menéndez (en Romani, 1999) la cual agrega al concepto oficial de la OMS que los "...efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan" (p.53). Esta definición es más acorde al paradigma contrahegemónico de reducción de riesgos y daños.

Dicho paradigma supone que el permitir formas no problemáticas de consumo no tiene por qué incrementar las tasas de consumo y que, si así ocurriera, éste acarrearía menos consecuencias negativas tanto en lo sanitario como en lo social y criminal, que bajo el actual régimen de prohibición; permitiendo una mejor atención sanitaria y mayor acceso a quienes pudiesen presentar un consumo dañino. Ello mediante el reconocimiento de la presencia y funcionalidad de las drogas en la sociedad (De Rementería, 1998).

Las sustancias - y sus efectos- no pueden ser dissociadas de las estructuras sociales, ni de las representaciones simbólicas que para los sujetos, grupos y colectivos éstas tienen (Goltzman y Amorín, 2013). Asimismo, el uso de drogas, y la conceptualización que de éste se haga, no preexiste a los dispositivos que lo revelan (Le Poulichet, 1990).

Es así como la OMS define la dependencia como el estado de adaptación del organismo resultado del consumo repetido de determinadas drogas (OMS, 2012), lo que deviene en la compulsión a seguir tomando la sustancia, a pesar de sus efectos tóxicos. Sin embargo, para efectos de la presente investigación, se utilizarán las nociones de uso y uso dañino, poniendo el foco en el daño experimentado por las

propias usuarias respecto a su práctica y no a las conceptualizaciones institucionales, aunque se sabe que ambas concepciones pueden superponerse.

Siguiendo la línea que plantea el paradigma de reducción de riesgos y daños, los daños del uso de drogas pueden provenir de los efectos de las drogas propiamente tal, de las conductas relacionadas con el uso de drogas y las formas de administración, o bien de la respuesta social, política y legal al fenómeno (Peyraube, s/f). Tal como señala la literatura revisada, los estigmas -como respuesta social hacia las personas que usan drogas- tiene repercusiones en la salud, en la vinculación con los servicios sanitarios y en las trayectorias de consumo (Pérez, 2015; Semple *et al.*, 2005). A continuación se desarrollará el concepto de estigma y cómo éste se va articulando específicamente con el uso de drogas.

2.2 Estigmas: el “viaje” termina, las marcas quedan

El concepto de estigma ha sido ampliamente desarrollado por Goffman (1970), quien en su obra “Estigma la identidad deteriorada” (publicada en 1963) rastrea los orígenes de su uso y lo remonta a los griegos, que lo utilizaban para designar signos corporales que evidenciaban algo malo o una característica indeseada. Posteriormente, con el cristianismo se añadirían las acepciones de marcas de la gracia divina, y la consecuente interpretación médica de perturbaciones físicas. El uso contemporáneo ha ido más allá de los signos físicos y se utiliza para nombrar al fenómeno indeseado en sí mismo.

Cabe destacar que los estigmas no recaen sobre todo atributo indeseado, sino sólo sobre aquellos que no calzan con el estereotipo que tenemos de cierta clase de individuos. Ello se ve claramente reflejado en el uso de drogas, que está legitimado para cierto tipo de personas y condenado para otras, en especial las mujeres, como

se profundizará más adelante. Esto tiene que ver con que no catalogamos el atributo en sí mismo, sino a éste en relación con otros, como la cadena de significantes a la que se remitió con Hall, o la imbricación con otros ejes que forman parte de una matriz de dominación más amplia (Hill Collins, 1998).

El estigma sitúa a quien lo posee en una posición de inferioridad y lo inhabilita para una plena integración social, lo que trae aparejado sentimientos de vergüenza, culpa y humillación. Asimismo, el aislamiento social puede devenir en desconfianza, ansiedad y depresión. Goffman (1970) habla de una especie de inseguridad crónica por saberse inferior que el resto, situación que puede hacerse coextensiva a las personas cercanas a quien porta el estigma, de ahí la dificultad para establecer relaciones o mantenerlas, o la tendencia a reunirse con pares portadores del mismo estigma.

Otro concepto que introduce Goffman y que puede resultar útil para la presente investigación es el de “carrera moral” del estigmatizado, que tiene que ver con los aprendizajes y experiencias de la persona en relación a su atributo desacreditador y cómo éste modifica la concepción del yo.

En esta carrera moral la persona genera transacciones respecto al exponer u ocultar el estigma. Por ejemplo, las personas usuarias de drogas ilegales tienen que ser especialmente cuidadosas al ocultarse ante la policía, dado el riesgo legal inminente; pero las mismas personas pueden exponer ese estigma ante otras situaciones o personas, como por ejemplo traficantes o algún programa de beneficio social donde pudiese obtener alguna ganancia secundaria.

El encubrimiento que señala Goffman puede afectar también a quienes ingresan a instituciones que pueden resultar desacreditadoras, como los centros de tratamiento en el caso que nos convoca. Ello puede generar que las personas traten

de ocultar su estadia en esos espacios o simplemente evitar llegar hasta ellos, constituyéndose así el estigma una barrera para acceder a tratamiento a quienes lo desean.

Por otra parte, quienes llegan a espacios institucionalizados se enfrentarán con dicho discurso y su manera de interactuar con él definirá las características que los profesionales allí presentes le adosen. Si lo asimila, será alguien con un adecuado ajuste personal, pero debe cuidar de no caer en la “normificación” que intenta ocultar su diferencia. En especial a las personas usuarias de drogas se les remarca, constantemente, su condición de “adictos”, incluso la definición misma de la “enfermedad”, de carácter crónico se encarga de ello. Por otra parte, quien cuestione el discurso institucional, se le catalogará como una persona rígida y deteriorada, o “paciente difícil”. Nuevamente acá, donde las sujetas pueden posicionarse, se pone en juego la capacidad de agencia, en la cual nos adentraremos posteriormente.

Al considerar el entramado institucional el panorama se complejiza con lo que Link y Phelan (2001) denominan “estigma estructural” o “estigma institucional” que se cristaliza en aquellas normas y políticas institucionales que merman los derechos de las personas con afecciones en el área de la salud mental y que utilizan dichos servicios, además de perpetuar las inequidades y la exclusión social.

Las marcas de las drogas, tal como se mencionó, se entrecruzan con otras señales y configuran el proceso de estigmatización. Dichas marcas pueden estar dadas por la clase, la etnia o el género, las cuales crean estereotipos que se asocian a prejuicios y devienen en discriminación (Mora-Ríos y Bautista, 2014).

Estereotipar, como señala Hall (2015), implica reducir a unos pocos rasgos esenciales y fijos la complejidad del sujeto o fenómeno al cual nos enfrentamos. Ello nos permite crear categorías de inclusión y exclusión, donde lo que queda expulsado

como lo otro es aquello que nos parece anormal e inaceptable, lo estigmatizado, lo que es exiliado simbólicamente de nuestra comunidad imaginada.

La diferenciación que plantea el género conduce, precisamente, a dichas clasificaciones dicotómicas. De ahí que esta categoría resulta central para el análisis y sea el eje articulador para comprender la configuración de las experiencias de las mujeres con las drogas, sus procesos de estigmatización y la relación con los servicios de salud.

2.3 Las mujeres impuras: género y uso de drogas

Ellas las irresponsables, enfermas, locas, putas, malas madres, en definitiva, las malas mujeres. Esos son algunos de los adjetivos y calificativos que recaen sobre las mujeres usuarias de drogas. ¿Sucede esto mismo con los hombres usuarios de drogas? la respuesta es negativa.

Si bien, como ya se ha revisado, sobre las personas usuarias de drogas en general recae el peso del estigma, éste se ve acentuado hacia las mujeres. Ello en función del sistema sexo-género que se erige como relaciones de poder que, históricamente, han privilegiado a los hombres y ha dejado a las mujeres en una posición de opresión y dominación (Rohlf, *et al.*, 2000; Villareal, 2001; Martínez, 2008), de una subalternidad generalizada que se extiende tanto en el espacio público como privado (Femenías, 2016).

Gayle Rubin (1998) concibe el sistema sexo-género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (p.37), es decir, el sexo al igual que el género se encuentran anclados en lo social, mediante las relaciones que organizan y producen la sexualidad propiciando la opresión de las mujeres.

Se entiende el género como un constructo simbólico-analítico basado en la diferencia de los sexos, un aparato semiótico, que incide en la constitución subjetiva, crea identidad y dicta pautas de comportamiento estereotipadas de cómo deben comportarse las personas según una lógica lineal entre sexo-género (De Lauretis, 1989; Vielma, 2001; Salgado-de Snyder y Wong, 2007; Garra, 2008).

Dichas pautas de comportamiento serán transmitidas y producidas por las tecnologías del género a las cuales hace referencia Teresa De Lauretis (1989), que operan mediante los medios de comunicación de masas y las instituciones o aparatos ideológicos del Estado (siguiendo a Althusser), perpetuando el sistema produciendo sujetos sexuados y de género. Si bien éstas se despliegan en el ámbito de las representaciones tienen efectos concretos y materiales en la vida de las personas, ubicándolas en un sistema relacional con determinados valores y jerarquías, donde las mujeres quedan en una posición de subordinación e interpeladas constantemente por los mandatos de género hegemónicos. Mandatos que dictan las pautas de lo que es ser una “buena mujer”, vinculada al rol de la maternidad, buena esposa, sexualmente pasiva, circunscrita al espacio doméstico, en definitiva, servicial y disponible para el cuidado de otras/os.

Tal como plantea Graciela Hierro (1992), las mujeres están en el centro del metarrelato de Occidente humanista cristiano -eminentemente patriarcal- representado por el mal moral. El pecado y la culpa acechan la debilidad humana, encarnada en la mujer, como «sexo débil», pero a la vez perversas, que incitan el deseo masculino, brujas y feministas, que generaron la expulsión del paraíso con su rebeldía. En su contraparte, también podemos ser las más buenas y redimirnos a través de la maternidad. Ya sea por un lado o por el otro, habrá un afán de control social.

De ahí que sea tan disonante, moralmente hablando, una mujer que consuma drogas. Pareciera que eso la inhabilita de inmediato para ejercer el rol maternal, elemento central en la construcción de la femineidad y esencialización de las mujeres, y la posiciona en su contraparte: la puta, la impura, la no-mujer.

Sin embargo, las mujeres no sólo deben ser buenas sino además bellas. Como plantea Elsa Muñiz (2014) la belleza femenina en Occidente se asocia a virtudes morales o espirituales. El binomio belleza/bondad opera como garante de la feminidad.

Dicho mandato de belleza, añadirá una carga más a las mujeres usuarias de drogas. Re caerá también sobre ellas un estigma estético. El uso de drogas y la parafernalia que algunas sustancias requieren (uso de pipas, o esnifar cocaína por ejemplo) implican la desestabilización de los modelos de belleza y la gestualidad considerada típicamente femenina. Este mandato de belleza también puede operar en el sentido contrario y, en vez de limitar el uso de drogas, puede propiciar el uso de algunos estimulantes por ejemplo que ayudarían a conseguir el ideal del cuerpo delgado.

En virtud de lo ya señalado el considerar el género como categoría analítica, para adentrarnos en el uso de drogas en mujeres, nos permite dar cuenta de las formas primarias de las relaciones de poder (Scott, 1996) y la subordinación histórica e historizada de las mujeres en el entramado social. Del mismo modo, la construcción del ser mujer en un contexto específico como el mexicano -donde la guerra contra las drogas ha sido un discurso imperante- incidirá en los modos que las mujeres construyen su experiencia como usuarias de drogas y las maneras en que se vinculan o no con los servicios de salud y cómo se van estructurando sus procesos de salud-enfermedad-atención.

2.4 Entre la autonomía y la institucionalización: proceso de salud-enfermedad-atención

Se plantea la categoría analítica de proceso de salud-enfermedad-atención, entendida como aquella construcción social desde la cual las personas procesan y significan sus padeceres desde ciertos marcos de inteligibilidad que influyen también en los tipos de ayuda que buscarán y los modos que elegirán para abordarlos (Menéndez, 2003). La elección de la categoría se justifica en la pretensión de realizar un abordaje integral de los procesos de salud de las mujeres con las cuales se trabajará en la presente investigación; e incluir aquellas instancias que no sólo tengan que ver con el abordaje institucional de su uso de drogas⁵.

Desde el paradigma de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana se apuesta a una articulación de los conceptos de salud y enfermedad en términos de proceso, así como también las distintas formas de atención que se dan en los diversos contextos y poblaciones (Menéndez, 2003).

Esta visión integral permite además incorporar un análisis de los determinantes sociales en salud, que son aquellos factores estructurales y contextuales que inciden en el estado de salud, lo que incluye factores sociopolíticos, económicos, ambientales y culturales (Salgado-de Snyder y Guerra y Guerra, 2014). Dentro de los modelos explicativos destaca el que Solar e Irwin plantean en la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS que incorpora las dimensiones socioeconómica y política (distribución de poder y recursos), estructura social (jerarquías de poder tales

⁵ Si bien la muestra se circunscribe a aquellas mujeres que asisten a un centro de salud público de la Ciudad de México, es de interés conocer el recorrido más amplio que han tenido desde su experiencia como mujeres usuarias de drogas. La elección del lugar, tal como se explicará en el apartado metodológico, dice relación con la accesibilidad a la población.

como clase, género, edad, etnia y territorio) y determinantes intermedios (recursos materiales, en conjunto con procesos psicosociales y conductas), de cuya interacción devienen las desigualdades de la salud.

Resultan atingentes también los modelos de Arber y de Sen y Östlin, los que explican la desigualdad en salud en función del género. Arber da cuenta de cómo la posición laboral, recursos materiales y roles familiares afectan los procesos de salud de las mujeres. Por su parte, Sen y Östlin, señalan que el género actúa como un estratificador social que -junto a otros ejes (clase y etnia)- constituyen los determinantes estructurales de género (menor acceso a educación, explotación doméstica y confinamiento a la esfera privada), los que a su vez se entrecruzan con factores intermediarios de incidencia negativa (discriminación, sesgos en los sistemas de salud y también en investigación) (Borrell y Malmusi, 2010).

En consonancia con los modelos precedentes, se visualizarán los procesos de salud y enfermedad de un modo global y con carácter dinámico, como un “fenómeno social total” (Mauss, 2009) que trasciende lo biomédico con múltiples factores intervinientes, donde el género juega un rol crucial por su interconexión con los otros determinantes (Gómez, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2009b) refiere que gran parte de las afecciones de salud de las mujeres se remontan a dificultades e inequidades en su infancia (desnutrición, abuso sexual y negligencia los cuidados, ambiente carente de apoyo físico, social y emocional), impactando especialmente la salud mental y pudiendo devenir en abuso de drogas en la vida adulta.

Dentro de la tríada salud-enfermedad-atención cabe destacar, dentro de esta última área, la modalidad de auto-atención. Esta implica, según Menéndez (2003) “representaciones y prácticas que la población usa a nivel individual y grupal para

explicar, diagnosticar, atender, curar y prevenir procesos que afectan su salud” (p.198), siendo el eje articulador entre diversas formas de atención (biomedicina, tradicional, alternativas, etc.). Asimismo, posibilita la emergencia y el ejercicio de los derechos de sujetos y colectivos, así como la incorporación de diversos actores y poderes. La búsqueda pragmática de soluciones para sus padeceres genera que las personas realicen diferentes dinámicas transaccionales dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad. En ese sentido resulta atingente esta conceptualización pues da cabida a la agencia que pueden tener las sujetas en la autogestión de su salud, en virtud de que las decisiones son tomadas por las propias implicadas de manera relativamente autónoma.

El mismo autor (Menéndez, 2003) plantea que en el caso del alcoholismo la auto-atención, bajo los grupos de autoayuda, ha tenido mayor eficacia que las respuestas que ha podido dar la biomedicina. Incluso otras modalidades como "los juramentos a la virgen" en México o el uso de la brujería en Estados Unidos también han sido eficaces.

Se distingue del autocuidado por la noción marcadamente individualista de este último, en contraposición a las prácticas colectivas o sociales que promueven la auto-atención. Aunque lo incluye, la auto-atención es un proceso más amplio, que incluye también la auto-medicación y no centrada sólo en los padeceres, sino también como facilitadora de rendimientos y goces. Bajo esta lógica el uso de drogas puede ser considerado como una forma de autoatención (Menéndez, 2003).

El camino de la auto-atención, a pesar de que supone la existencia de saberes, debe transar con el modelo médico hegemónico y la creciente medicalización de la vida que éste ha impulsado, convirtiendo en enfermedad procesos vitales que antes eran considerados parte de la cotidianeidad. Centrado en una perspectiva biologicista,

este modelo tiende a excluir la palabra del paciente y a tratarlo en una posición de subordinación. Tampoco considera factores socio-históricos y culturales que pudiesen incidir en el proceso, mucho menos variables como el género.

En este marco, donde hemos revisado que se conjugan y entretajan una serie de factores como el género y estigmas, además de variables materiales como la pureza y el tipo de drogas al cual se puede acceder, el marco legal vigente y las diversas transacciones con el sistema de salud, es que las mujeres usuarias de drogas van configurando su experiencia.

2.5 El eje aglutinador de la experiencia

Para lograr comprender la complejidad que representa ser hoy mujeres usuarias de drogas insertas en un centro de salud público de la Ciudad de México, haré uso de la categoría de experiencia. Ello en virtud de que, como categoría analítica, engloba un complejo entramado arraigado en el fluir y devenir discursivo de las sujetas y permite transitar por la historización, de la mano de la memoria, analizar el presente y vislumbrar el futuro y las posibilidades de transformación ancladas en el deseo (Rivas y Alvarado, 2016).

Desde ahí, creo que la potencialidad de la categoría radica en que permite no sólo analizar la vida de las sujetas desde una perspectiva descriptiva, sino que también brinda la posibilidad de interrogarla. Asimismo, no sólo arrojará luces de sus historias y subjetividades particulares, sino que también sus experiencias condensan el entramado socio-histórico, político e institucional del momento, permitiendo así un análisis más integral, aun cuando se parte de la base de que la experiencia es sexuada, y desde ahí, ocupa un lugar de subordinación en el orden social (Bach, 2010). Sin embargo, dicha experiencia común a las sujetas mujeres va a adquirir

ribetes particulares en función de cómo se articulen los otros ejes de la matriz de dominación de la cual nos habla Patricia Hill Collins (1998).

Tal como señala Teresa De Lauretis (1993), la experiencia es el proceso de auto-representación que se genera tras el encuentro e interacción de la subjetividad con el mundo, donde aquello más íntimo se encuentra, se implica, y a la vez se produce, reafirma o modifica con lo social y viceversa. De ahí el carácter eminentemente colectivo de la experiencia que se va imbricando con una realidad más amplia e histórica, en un proceso continuo e inacabado.

Así como De Lauretis (1989) plantea esta interrelación indisociable entre el mundo interno y externo, la extrapola también a la teoría y práctica feminista. La primera no puede desarrollarse independiente de la segunda y ésta tiene en su núcleo la sexualidad. De ella emerge, mediante la identificación genérica, la dimensión social de nuestra subjetividad femenina y la experiencia personal de la condición femenina. En dicha articulación puede surgir nuestra práctica transformadora, mediante la toma de conciencia, luego de la cual “no hay retorno a la “inocencia de la biología”” (De Lauretis, 1989, p.28).

En un anclaje cíclico, al enfrentarnos con la realidad social, nuestra conciencia se va modificando continuamente y, a su vez, dicha conciencia será motor del cambio social. Nuestra experiencia sexuada, alimentada por la construcción permanente del género tiene entonces un carácter constitutivo y constituyente. De ahí que lo personal sea epistemológicamente político y quede la apertura para a la agencia y autodeterminación, para la emergencia de aquellas mujeres que interroguen a la Mujer (De Lauretis, 1989).

Como mujeres entonces somos aquellas sujetas excéntricas que, desde los márgenes -tras procesos de concienciación- podemos evidenciar esta doble posición

de estar dentro y fuera del género a la vez, en esta tensión permanente del feminismo entre la negatividad de la crítica y la positividad de sus políticas; contradicción que es a la vez la condición misma de su posibilidad.

Desde ahí, resulta crucial comprender cómo se inserta el uso de drogas y la estigmatización que éste conlleva en la experiencia de las mujeres. Cómo, eventualmente, con su posicionamiento desde los márgenes podrían actuar como sujetas excéntricas, dando cabida a la desestabilización de los mandatos de género y procesos de agenciamiento.

2.6 Agencia: entre la normatividad de género y la transgresión

La agencia se vincula con una manera específica de actuar de los sujetos, que trasciende las prácticas cotidianas, en el sentido de que conlleva cierta reflexividad. Implica una consciencia y toma de decisión con miras a modificar, perpetuar o subvertir determinadas prácticas o situaciones (González, 2018).

La capacidad de agencia resulta mediada por el contexto. En este sentido no puede abstraerse de las relaciones de poder y las asimetrías que se presentan en éstas, con las desigualdades estructurales que ello implica en torno al acceso a recursos y las pugnas subsecuentes por lograr la apropiación y transformación cultural anhelada.

Desde la teoría feminista, resulta atinente el planteamiento que realiza Saba Mahmood (2006). Su perspectiva de la agencia no se reduce a una mera resistencia a las relaciones de dominación, sino que también se vincula a la capacidad de acción que las mismas relaciones de subordinación específicas ofrecen. Es decir, siguiendo la paradoja de la subjetivación, el mismo proceso que subordina al sujeto a las relaciones de poder le brinda las posibilidades de emerger como un agente.

Mahmood problematiza la universalidad del deseo de liberación respecto a la dominación masculina y la naturalización de La libertad como ideal social normativo para el feminismo (occidental), cuestionando también el concepto de agencia que de allí se desprende.

Es así como plantea la capacidad de agencia no sólo como la resistencia a la norma sino también las diversas maneras en que los sujetos la incorporan y se incorporan a ésta, con las apropiaciones particulares que allí emerjan. En ese sentido trasciende una lógica dicotómica para abordar la cuestión desde una perspectiva relacional y contingente.

Entonces las normas no se reducen al modelo hacer/romper o consolidación/subversión, sino que amplía el espectro a la gran variabilidad de formas en que las normas pueden ser vividas, incorporadas, buscadas y consumadas.

Ello es consonante con las prácticas micropolíticas que propone De Lauretis (1989), en el nivel "local" de las resistencias. Un mismo discurso que impone una lógica de poder puede ser reutilizado y maniobrado como contrapoder o "antidisciplina", a través de la práctica cotidiana generando "microrresistencias", metaforizando el orden instituido y haciéndolo funcionar en otro registro (De Certeau, 1996).

La pienso como espacios en los márgenes del discurso hegemónico, espacios sociales cavados en los intersticios de las instituciones y en las grietas y resquebrajaduras de los aparatos del poder-saber. Y es allí donde pueden formularse los términos de una diferente construcción de género, términos que sí tengan efecto y se afiancen en el nivel de la subjetividad y de la autorepresentación: en las prácticas micropolíticas de la vida de todos los días y en las resistencias cotidianas proporcionan tanto la agencia como los recursos de poder o de habilitar investiduras (De Lauretis, 1989, p.33).

De este modo la categoría analítica de agencia permite dar cuenta de los usos de drogas y las experiencias allí encarnadas no como meras prácticas acríicas o de sujeción, sino también con miras a explorar cómo se dan los acomodamientos y

reapropiaciones de los discursos, si es que los hubiese. No todo sujeto es absolutamente subversivo ni totalmente subordinado, lo contingente juega allí un rol importante, se puede transitar entonces entre la normatividad de género y la transgresión.

2.7 Precisiones metodológicas

La primera aproximación al trabajo de campo contempló la realización de un catastro de aquellos centros de tratamiento para las adicciones que fueran específicos para mujeres, o bien mixtos. La elección de buscar primeramente en centros de tratamientos se relaciona con las características del grupo a estudiar, que puede considerarse como “población oculta”, en el sentido de que sus integrantes son difíciles de identificar y de acceder ya que sus comportamientos o características son sancionadas socialmente, se encuentran estigmatizadas o son ilegales (Feldman y Aldrich, en Albano *et al.*, 2015).

Para la construcción de la base de datos se tomó como fuente el “Directorio de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)”. Se escogió comenzar por los centros residenciales, pues ahí las personas se encuentran de manera fija en el lugar, pudiendo ser más fácil acceder a las entrevistas. De los 44 centros ubicados en la Ciudad de México, 19 son exclusivos para hombres, 23 brindan atención mixta y sólo 2 son específicos para mujeres. Posteriormente se realizó una priorización de 10 centros por ubicación geográfica, ya que varios de ellos eran de difícil acceso.

Tras visitar aquellos centros, tres de ellos no atendían mujeres con lo que se evidenció que el catastro no se encuentra del todo actualizado. En otros se visualizó escasa presencia de mujeres asistiendo a tratamiento, resistencia institucional para

acceder a participar en la investigación y en algunos de plano una negativa a la presencia de personas externas al tratamiento en el recinto. Esto último fue más característico de los espacios de ayuda mutua, como drogadictos y alcohólicos anónimos, donde se pudo observar cierto secretismo en los modos de funcionamiento de la agrupación.

En paralelo, estuve asistiendo durante los meses de noviembre y diciembre de 2018 al sector aledaño al metro “La Candelaria”, en el centro de la Ciudad de México, una vez por semana, junto a estudiantes y docentes de la cátedra de Psicología Social Comunitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes realizan un proceso de intervención comunitaria en el lugar con un grupo aproximado de 15 personas que vive en la calle y utilizan drogas de manera habitual. En un primer momento se pensó que la realización de la investigación con mujeres que viven en la calle podía resultar relevante ya que ellas suelen estar más alejadas de los servicios sanitarios y la investigación podría haber aportado a visibilizar sus problemáticas. Sin embargo, al avanzar el contacto con el grupo, se descartó el lugar por cuatro razones: 1) la escasa presencia de mujeres (de las pocas que había una siempre se encontraba con su pareja y una de las veces que pude acercarme a conversar con ella, llegó su pareja a intimidarme); 2) las condiciones para poder realizar una entrevista en profundidad no eran las más idóneas en términos espaciales, y además el grado de intoxicación de las mujeres presentes era alto, por lo que entablar un contacto era dificultoso; 3) esa misma complejidad del contexto ameritaba un trabajo etnográfico más profundo que sobrepasaba los límites temporales de la presente investigación y 4) por los riesgos que se visualizaron para la investigadora al ser un contexto violento (en dos ocasiones presencié peleas entre los hombres que se encontraban ahí).

Luego de esas búsquedas iniciales para encontrar el lugar del trabajo de campo, di con la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, donde el personal del centro se mostró receptivo a la investigación y además cuentan con un grupo de terapia específico para mujeres, de características heterogéneas en términos de edades, nivel socio económico y sustancias de uso, volviéndose éste el lugar más pertinente y accesible para desarrollar las entrevistas. Tras mantener comunicación escrita y sostener tres reuniones presenciales con el personal de la Clínica, representados por el Encargado del Despacho de la Unidad Médica, la psiquiatra y psicóloga tratantes, se decidió que la manera más idónea de llegar a las mujeres usuarias de drogas, y convocarlas a participar de la investigación, sería a través de una invitación abierta a realizarse el día de psicoterapia grupal, cuya periodicidad es semanal. Las usuarias del programa deben asistir a 10 sesiones grupales para poder comenzar con la psicoterapia individual; ambas terapias son guiadas bajo un modelo cognitivo conductual.

La elección de este grupo de mujeres se dio tras descartar las otras instancias de atención que ofrece el centro. Se consideró que las usuarias de urgencia podrían haber estado muy interferidas por el uso de drogas, y no plenamente conscientes para acceder libremente a participar. Por otra parte, las mujeres que permanecen en la unidad de desintoxicación, al estar en una etapa inicial de su proceso de tratamiento, su participación en la investigación podría resultar contraproducente o iatrogénica al abordar contenidos sensibles respecto a su historia y uso de drogas, descartando su inclusión por razones éticas. Finalmente, las mujeres que reciben atención en consulta ambulatoria tienen una asistencia más fluctuante, por lo que podría ser más difícil acceder a ellas y que aceptasen participar.

De este modo los criterios de inclusión definidos fueron los siguientes: mujeres usuarias de drogas ilegales y/o alcohol, que se encontraban asistiendo a la Clínica Hospital de especialidades toxicológicas Venustiano Carranza, al espacio de psicoterapia grupal. Todas ellas mayores de edad, sin importar el tipo de sustancias que consumiesen pues se buscó acceder a una muestra diversa.

Concretamente se asistió el día cuatro de febrero de 2020 al espacio de psicoterapia grupal para invitar a las mujeres a participar. Tras explicarles, a grandes rasgos, la temática de la investigación, diez accedieron. Se agendó, con cada una de ellas, un día de su preferencia para realizar la entrevista en las dependencias del centro. De las diez inscritas, finalmente se concretaron cinco entrevistas (durante la primera quincena de febrero), cuya duración promedio fue de una hora y media cada una, donde cada participante firmó un consentimiento informado donde se especificaron las condiciones de su participación, entre ellas el anonimato, razón por la cual sólo se utilizarán las iniciales de sus nombres en el análisis. La caracterización sociodemográfica de las entrevistadas se puede revisar en el anexo nº1.

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas a profundidad, una herramienta enfocada a “la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como la expresan con sus propias palabras” (Bogdan y Taylor en Canales, 2006, p. 223).

El análisis de los datos se realizó a partir del método sustentado por la teoría empíricamente fundamentada que, según Strauss y Corbin (2002), posibilita el análisis a partir de fases sucesivas, dirigidas a generar categorías para luego establecer un modelo comprensivo general. Para ello se realizó la transcripción de todas las entrevistas, las cuales fueron revisadas varias veces con el fin de ir asignando códigos

a los diferentes extractos según los contenidos emergentes que se iban identificando, con miras a ir sistematizando la información.

Por otra parte, la presente investigación está sustentada en una lectura crítica de la salud mental de las implicadas, anclada en la perspectiva del punto de vista (Harding, 2004) y en una ética feminista -en el sentido que nos plantea Francesca Gargallo (2004)-, propugna y aspira a una conjunción teórico-práctica con horizontes transformadores. Pretende develar los mecanismos de poder patriarcal que estructuran y perpetúan las desigualdades entre hombres y mujeres -en el ámbito específico del uso de drogas y el acceso a los servicios de salud- con miras a proponer nuevas formas y propiciar procesos de toma de conciencia grupal tendientes al fortalecimiento de la autonomía de las sujetas (Ríos, 2010).

Posicionarse desde una perspectiva y epistemología feminista implica, como nos señala Teresa De Lauretis:

(1) una reconceptualización del sujeto como una entidad cambiante, que se multiplica a lo largo de diversos ejes de diferencias; (2) una reflexión sobre la relación entre las formas de opresión y las formas de comprensión formal o de construcción de la teoría; (3) una emergente redefinición de la marginalidad como una ubicación, de su identidad como una desidentificación y (4) la hipótesis del autodesplazamiento que expresa al movimiento simultáneo social, subjetivo, interno y externo, que es en realidad un movimiento político y personal (1993, p. 73).

Mediante el análisis detallado, que la estrategia de investigación cualitativa permite, se busca aprehender los sentidos que las sujetas dan a sus acciones, cogniciones y entorno, apuntando a una interpretación plural del fenómeno (Delgado, 2010).

Siguiendo a Maria Mies (1998), se pretende rescatar el valor de la experiencia como modo de visibilizar a quienes han estado fuera de los discursos de la ciencia dominante; por el apuntalamiento que tiene en la vida real y concreta de las mujeres y por el potencial integrador entre los planos subjetivo y material, permitiendo enlazar

las vidas puntuales de ciertas sujetas con el entramado social. El destacar esa “subjetividad concreta” (Mies, 1998, pg. 73) y el autoconcepto de las implicadas, puede leerse como una resistencia a los estereotipos o identidades fosilizadas en categorías abstractas como “Mujer” o “Drogadicta”.

Asimismo, se busca destacar los saberes que las propias usuarias tienen respecto a sus prácticas y el agenciamiento de las mismas; entendiendo saberes como aquellos conocimientos construidos fuera de los espacios académicos. Saberes que, tal como señala Mercedes Olivera, refieren “...a un sentido práctico, concreto, existencial, podríamos decir, como instrumentos que nos permiten captar las realidades y los simbolismos de la cotidianidad y el futuro” (2015, pg. 110).

III. Recorridos de vida de mujeres usuarias de drogas

A través de los recorridos de vida de las cinco mujeres entrevistadas (V, M, AL, P y A) se pretende entender las especificidades que el consumo de drogas adquiere desde sus vivencias de ser mujeres usuarias y cómo dichas prácticas se van entrelazando con otras dimensiones que atraviesan sus biografías y dialogan también con su paso por los servicios de salud, poniendo especial énfasis en aquellos puntos de inflexión que han marcado sus itinerarios biográficos o bien han hecho que éstos tomen un rumbo diferente (Kornblit, 2007).

3.1 El consumo de drogas en el entramado biográfico

3.1.1 Primeros acercamientos

Si bien todas las mujeres entrevistadas se reconocen como usuarias de drogas y se congregan en el mismo lugar de tratamiento, difieren en múltiples aspectos, ya sea por las sustancias que utilizan, cómo llegaron a consultar por su consumo, además de otros elementos sociodemográficos. Ello va trazando las particularidades que otorgan diversos matices a sus experiencias y las complejizan, configurando los distintos ejes de desigualdad que conforman la matriz de dominación de la cual habla Patricia Hill Collins (1998), donde el género se entrelaza con otras dimensiones, como la etnia y la clase.

Dentro de las mujeres entrevistadas, cuyas edades fluctúan entre los 24 y 42 años, ninguna de ellas se identifica con alguna etnia o pueblo originario en particular. En cuanto a sus creencias religiosas, tres de ellas adhieren a algún culto religioso (católico, cristiano y Santa Muerte), mientras las dos restantes no profesan ninguna religión. Todas son actualmente solteras y madres, exceptuando M quien no tiene hijos y se reconoce como lesbiana.

En lo que refiere a su nivel educacional, tres de ellas no han completado la preparatoria y dos son licenciadas (una de ellas con maestría inconclusa), sin embargo ninguna ejerce. Se dedican, dos de ellas al hogar (una de ellas recientemente, pues hace dos meses -al momento de la entrevista- se dedicaba a ser sexoservidora⁶), al trabajo independiente, comercio y una se encuentra temporalmente sin trabajo (fue despedida por su consumo de drogas). Sus colonias de residencia oscilan en rangos de desarrollo social de medio a bajo⁷.

3.1.2 *¿Un eslabón más en la cadena transgeneracional?*

Dentro de los elementos comunes que se encuentran en las biografías de estas cinco mujeres se observan conflictos en las familias nucleares de origen, con diversas problemáticas: relaciones conflictivas entre hermanos, con cuidadores, desestructuración familiar -ya sea por muertes o separaciones-, uso de drogas en la familia y violencia, entre otras.

Ambos fenómenos, uso de drogas y violencia, suelen darse de manera conjunta aun cuando no exista necesariamente una relación causal, y las entrevistadas suelen asociarlos, como sucede en la experiencia de V (24 años):

como mi papá tomaba mucho antes, pues siempre estaban peleando. Hay veces pues que sí llega a tomar y o sea dura tomando una semana y así. Deja de tomar medio año y ya vuelve a tomar y toma así pues una semana y no para, no come y así se deja caer pues super feo. (...) Casi toda mi familia, bueno, de parte de él, ha sido alcohólica pues su papá se murió de eso, mi tío se murió de eso, uno de sus hermanos también siempre está tomando. Entonces me preocupa porque no me gustaría que le pasara lo mismo. Mi hermano también toma.

⁶ Se conserva la terminología que utiliza la entrevistada.

⁷ Según el Sistema de Información del Desarrollo Social, disponible en línea <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/>

El alcohol es un elemento muy patente en las experiencias de todas las entrevistadas, sin embargo M (25 años) es la única que considera que el alcohol también es una droga “...pero pues el alcohol es una droga ¿no?” (M). El resto de las entrevistadas hace una diferencia marcada entre éste y las drogas ilegales. Aunque reconozcan que ambos tipos son dañinos, hay una normalización del uso del alcohol.

Algo similar ocurre en la experiencia de AL (42 años): “mi papá toda la vida fue alcohólico. Mis hermanos, el más chico, fue drogadicto. Dejó de consumir, se casó, tiene su familia”⁸. Se observan también patrones transgeneracionales en el uso de drogas y, en el caso de A (28 años), también en el ejercicio del comercio sexual.

Ella fue igual que yo. Ella también era prostituta y fichera, también usaba o usa drogas. (...) Ya no la quiero (llora), no la quiero ver porque no le importa el daño que me hizo. Ella es como una hiena que se come a sus hijos.

Sumado al uso de drogas en las familias de origen, es común encontrar relaciones conflictivas con las figuras cuidadoras, que en el caso de P (39 años) hizo que se fuera a los 13 años de su casa: “yo tenía mucho rencor con mi familia y no sé... decidí salirme, fue como una fuga, fue como no querer estar ahí”. Esa salida temprana de su hogar la llevó a involucrarse en la prostitución⁹ como modo de solventar sus gastos (de los 16 a los 20 años aproximadamente):

entré en la prepa este pues... me salí con una amiga y empezamos a fichar, se dice a fichar, a estar en los “tables” y ahí empecé a prostituirme y después ya no me gustó. Y ya empecé a vender velas, empecé a vender cosas y empecé a hacer mi carrera de comerciante, que de por sí ya lo traía y me gustaba, pero pues no me alcanzaba para pagar una renta y para todo, pues se me hizo más fácil pues prostituirme.

Dichos conflictos familiares, también se expresan en distintos tipos de violencias en las experiencias de estas mujeres:

⁸ Llama la atención la asociación entre rehabilitarse con casarse y conformar una familia, posiblemente asociado con un discurso heteronormativo y de amor romántico.

⁹ Se conserva la terminología que utiliza la entrevistada.

Mi abuelo también era así como bien macho, maltrataba mucho a mi abuela, y tenía muchas diferencias con él, entonces llegué creo que a pensar en matarlo, porque pues me insultaba y me aventaba las cosas, me decía que era su esclava (P).

La relación con mi mamá y hermano era tormentosa... (pausa) el hijo de la chingada me hizo la vida cuadritos desde chiquita (...) y mi papá nunca supe quién era, me abandonó cuando tenía 2 meses de nacida (A).

Por su parte, AL tampoco tuvo una buena relación con su padre “siempre era un reto, como que yo le tenía un cierto miedo y cierto respeto... de que “no le hagas cosas, porque te va a pegar”.

La violencia a la cual se vieron expuestas las entrevistadas también fue de carácter sexual. Dos de ellas refieren haber sido abusadas sexualmente en la infancia:

Uno de mis primos me hacía cosas. No recuerdo muy bien, pero pues sí, como que sí recuerdo, como que... o sea, todavía como cuando tenía como quince años una vez pues me abrazó por atrás y me empezó a arrimar en su cuarto y así y me tiró a la cama, pero yo rápido me paré y me fui (V).

De los 6 como a los 8 años yo sufrí de abuso sexual, entonces yo como que preferí borrar toda esa parte, pues a mí todavía me duele que yo decirle a mi mamá y mi mamá nunca hizo nada ¿no? Siendo parte de que era un familiar, entonces yo creo que eso también me bloqueó mucho a poder llevarme mejor y a confiar con mi mamá (M).

3.1.3 *La visión de ellas mismas*

Todas esas situaciones de violencia, que han experimentado las entrevistadas, han redundado en que en la mayoría de ellas prime un sentimiento de desvalorización y baja autoestima, atribuible también a su uso de drogas o bien, como se verá más adelante, a las situaciones de violencia (re)vividas con sus parejas. También es posible visualizar una imagen negativa respecto de sí mismas, “yo estoy loca, soy tóxica” (A), como una extensión de la toxicidad de las drogas hacia su persona. Asimismo, es reiterativo en todas las entrevistadas la autoconcepción de locas, que podría asociarse también con el carácter de anormalidad o desviación del consumo de drogas; o bien puede vincularse con un estigma internalizado o asimilación de la violencia contra las mujeres, que muchas veces se expresa en el adjetivo de “locas”.

Han tenido que arreglárselas con esa etiqueta y transar de diversas formas dentro de su "carrera moral"¹⁰ de estigmatizadas, la cual se refuerza al ingresar a tratamiento. "Pues hay veces que estoy aquí, o sea que vengo aquí y me dice que estoy loca (...) siempre me quería echar a mi la culpa que yo era la que me estaba volviendo loca" (V); "yo creo que entre locos nos entendemos" (M, refiriéndose a otras personas usuarias de drogas); "tú ya sabes cómo soy yo, estoy re loca" (P); "yo estoy loca" (A); "gracias a ti por escuchar a esta loca" (AL).

Del mismo modo, todas las entrevistadas han tenido ideaciones suicidas, y la mayoría intentos reiterados. Algunos de esos intentos han sido deliberados, pero otros tienen que ver más con un descuido y abuso en sus prácticas de consumo que han devenido en sobredosis. También existe un núcleo de vivencias traumáticas que, en varias de las entrevistadas, ha contribuido a desarrollar tendencias suicidas. Varios de los intentos suicidas se relacionan también con el cese de relaciones de pareja, o bien por la violencia vivenciada en las mismas, visualizándose una idea del amor romántico muy arraigada, donde los hombres adquieren un lugar central en las experiencias de vida y subjetividades de las mujeres (Lagarde, 2011), como dan cuenta los relatos de V: "yo no quiero vivir sin él, no quiero, y mejor me voy a morir, antes de vivir sin él"; y de A: "yo las primeras veces que me quise suicidar fue por un hombre, por mi ex novio".

3.1.4 La estructura social que nos violenta

Más allá de la violencia experimentada en el seno de sus familias, o con sus parejas, todas han estado expuestas a la violencia estructural que deviene del sistema

¹⁰ Concepto utilizado por Goffman (1970) para aludir a los aprendizajes y experiencias de la persona en relación a su atributo desacreditador y cómo éstos modifican la concepción del yo (ver capítulo II, apartado 2.2).

sexo-género en distintos ámbitos de la vida cotidiana, siendo una vivencia generalizada el acoso callejero. “Sufrimos mucho, nos hacen a un lado. Quieren que hagamos, bueno los hombres, lo que ellos quieren” (V), con esta frase V evidenció la relación dominante que los hombres han tenido con ella, particularmente su padre y pareja, quien ha ejercido control en varias áreas de su vida, sobre todo en su uso de drogas.

En el ámbito público la violencia la han experimentado de diversas formas, “en el transporte te tienes que estar cuidando, hasta segregando de los hombres para que no te toquen, para que no te falten el respeto, que no te digan cosas” (P). “Me he sentido (...) muy atacada sexualmente (...) no te puedes vestir adecuada... bueno como a mí me gusta vestirme, de vestido, de falda porque te faltan el respeto y la obligan a una taparse” (AL). Tanto P como AL dan cuenta de cómo su libertad se ve coartada por la violencia y acoso callejero, teniendo que limitarse o adecuar sus prácticas cotidianas como el trasladarse por la ciudad o la ropa que escogen usar.

Y si bien esta es una experiencia común a la mayoría de las mujeres, cabe preguntarse cómo el estrés constante que significa para ellas desenvolverse en la calle, en un contexto como el mexicano¹¹, podría relacionarse con el uso de drogas, el que podría actuar como un atenuante o modo de lidiar con el estrés y gestionarlo; siendo éste un tópico que escapa a los objetivos del presente trabajo y que podría retomarse en futuras investigaciones.

¹¹ Donde se registran un promedio de 10 feminicidios diarios, según el Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020), recuperado de https://drive.google.com/file/d/1p9M_mt-4jmn3CE8IB9qEu0sYILAO67fp/view

3.2 Motivaciones para el uso de drogas

Las razones por las cuales iniciar el uso de drogas y mantenerse en él pueden ser tantas y tan diversas según infinidad de subjetividades haya. Sin embargo, hay algunos elementos comunes dentro de las razones por las cuales estas mujeres se han iniciado en el consumo de drogas, entre ellas encontramos la inclusión social, pertenencia al grupo de pares, rebeldía y en algunos casos presión social para consumir, en la juventud. Independientemente de las razones iniciales que las llevan a usar drogas, todas las usuarias reportan el placer asociado a su uso, siendo esta una dimensión central que dificulta el cese del consumo y plantea una gran ambivalencia ante el mismo.

En mi adolescencia fui muy rebelde la verdad, yo la verdad a los 14 años ya consumía marihuana, fumaba, ya bebía, ehhh me salía a las fiestas, por ejemplo no sé... regresaba borracha. (...) Y pues siempre era como que darle a la torre a mi familia, ya pues no te gusta esto, pues lo hago (M).

Por curiosidad, por rebeldía...y sí, fue por eso, por curiosidad... tal vez hacer enojar a mi papá, o tal vez que me hiciera... que me pusiera atención, pudo haber sido eso. Y ya después pues, me gustaba, me gustaba mucho (P).

Casi todas mis amigas fuman marihuana, si así se les puede llamar, (...) ahora que lo pienso no sé, ni siquiera eran mis amigos porque todo el tiempo me estaban induciendo a hacer esto. "Vamos a vernos, pero pues fumamos no?" si no fumaba con ellos decían "Ay no vas a fumar?, fuma" (V).

Se podría decir que hay un inicio exploratorio del uso de drogas que, posteriormente, se va complejizando e intersectando con otros factores, como por ejemplo las relaciones de pareja y diversas situaciones de violencias o de carácter traumático, que podrían ir intensificando el uso de drogas y modificando los patrones de consumo y a su vez las motivaciones y significados que lo perpetúan.

Tanto P como M tuvieron un inicio temprano en el uso de drogas, a los 13 y 14 años respectivamente. Como señala M "...la mayoría fumaba marihuana, entonces me invitaron y yo dije "por qué no, como para que no me digan qué se siente" y querer

probar todo como para ver dónde encajaba, (...) para ver cuál es tu grupito”. Posteriormente, su patrón de consumo de drogas se modificará a partir de ciertos eventos vitales que actuaron como puntos de inflexión dentro de su trayectoria; el primero de ellos fue el ingreso a la universidad “..ahí fue cuando cambié demasiado (...) empecé a reprobando materias (...) y empecé a los 17 años... fue mi primer consumo de cocaína”; luego vino el fallecimiento de su abuelo “empecé como que a consumir diario, como para querer olvidar... sí, yo lo he visto así, como que mi figura paterna ya de plano no estaba”.

Las experiencias laborales también inciden en el uso de drogas, como en el caso de AL cuando se desempeñaba como sexoservidora, “por necesidad, la cocaína la empecé a utilizar para no dormirme, igual el cristal. Para aguantar y el... igual el activo, para no sentir frío después cuando empecé a trabajar en la calle”.

Asimismo, el uso de drogas entre sus redes sociales es algo generalizado, “la mayoría de mi círculo de amistad es consumidora de drogas, entonces solamente dos amigos son... no consumen más que marihuana”. En cuanto a las poblaciones estigmatizadas, Goffman (1970) plantea que existe una suerte de inseguridad como consecuencia del fenómeno, de ahí la tendencia a reunirse con pares portadores del mismo estigma, lo que podría explicar que las redes sociales de las mujeres usuarias de drogas estén circunscritas a otras personas consumidoras.

La familia también puede ser facilitadora a la hora de iniciarse en el consumo de drogas, contrario a como generalmente se la conceptualiza, como un factor protector por sí mismo. En la experiencia de AL ha habido una naturalización del uso de alcohol en la familia de origen que ha propiciado su relación con la sustancia, la cual comenzó a consumir a los 13 años

siempre me ha gustado mucho, o con la misma familia, en la misma familia igual tomo mucho, ahí hay fiestas cada ocho días, y si no hay fiestas pues las inventan, o sea el alcohol siempre ha estado muy abundante en mi familia, entonces para ellos no es... no es malo tomar.

Muchos años después, a los 40 años de edad, AL se inicia en el consumo de piedra, al que llegó por influencia de sus amigos y con la intención de poder tolerar más el consumo de alcohol, “me dijeron te va ayudar para seguir la fiesta, ese momento no lo pensé, lo consumí, me agradó el efecto, y pues de ahí empecé”.

3.2.1 Uso de drogas y relaciones de pareja

Tal como se evidenció, en la revisión del estado de la cuestión, las mujeres tienen un acceso diferenciado a los lugares de consumo, pues éstos tienden a estar masculinizados y ser más riesgosos para ellas dada la violencia, particularmente sexual, que se da en dichos sitios (Fernandes y Pinto, 2004). De ahí que sus prácticas de consumo suelen estar ligadas a ámbitos más privados, como lo son las relaciones de pareja. Si bien la mayoría de las entrevistadas tuvieron sus primeros contactos con drogas en sus grupos de amigas/os o incluso en la familia, fue con sus parejas, o a propósito de la violencia sufrida con éstas (tanto en las relaciones hetero como homosexuales), que sus patrones de consumo se intensificaron o se tornaron más problemáticos.

En la experiencia de V se visualiza cómo el uso de drogas actúa como un medio de control por parte de su pareja. Él le proveía la sustancia y la mantenía drogada para mantenerla aislada socialmente. De este modo, cuando V comienza su tratamiento su pareja lo empieza a boicotear, maltratándola aún más, no asumiendo su responsabilidad como padre en el cuidado de sus hijas, tratándola de loca cuando

asiste a las terapias e incitándola a que no tome sus medicamentos ya que le impiden cuidar a las niñas por el efecto somnífero y han disminuido su deseo sexual.

A él le gustaba que yo estuviera así... pues marihuana todo el tiempo. Yo creo que como que se daba cuenta que me aislaba y ya no le hablaba a nadie, pues a él yo creo que le gustaba más así tenerme, que no le hablara a nadie, que no saliera (...) y como él me la daba yo decía, pues no, yo prefiero estar sola, pues ya no necesito a mis amigos para fumar marihuana. (...) a veces pues sí nos llegamos a pelear feo, a pegar (...) él se enojaba y pues me pega, me agrede físicamente y verbalmente también.

Es común para la mayoría de las entrevistadas, en especial en V y AL, el uso de drogas para tolerar la relación violenta con sus respectivas parejas, donde se observa una rigidez en los roles de género siendo ellas las que tienen que asumir todas las labores domésticas y de cuidados de las/os hijas/os. En ese contexto el efecto de las drogas puede interpretarse como una fuga, una supresión tanto de los afectos como de los pensamientos, ante una realidad que resulta amenazante y angustia, siendo el uso de drogas un mecanismo de enfrentamiento ante situaciones de estrés y violencia (Ghiardo, 2003). “Empecé a fumar diario, diario con él. Él también consume alcohol, inhala cocaína y a veces fuma marihuana. (...) Peleábamos y así... y pues salirme a fumar luego luego, porque decía mejor fumo, me calmo y ya no estamos peleando” (V).

Gran parte de la trayectoria de vida de AL estuvo marcada por la violencia sostenida que recibió por parte de su ex pareja y padre de sus hijos, con quien sostuvo una relación de 19 años. A sus 16 años tiene su primer embarazo, lo que marcó un punto de inflexión en su biografía, el cual es significado desde una pasividad que se hace coextensiva a su vida sexo afectiva,

me casaron ¿no?, salí embarazada, él lo conocí... tenía yo de novios seis meses, solamente tuvimos un par de relaciones y quedé embarazada. (...) Nos obligaron a casarnos (...) me casaron, yo hice mi vida y pues como me decían ésta es tu cruz y la vas a cargar, pues chíngate y friégate y pues aguántate. (...) Nunca fui feliz, siempre eran gritos, golpes y pues aguántate, y aprende a cocinar porque primero no sabía ni cocinar, ni lavar y él me decía “es que no sabes hacer nada”, me aventaba la comida, me aventaba esto y pues tuve que aprender a base de... pues de golpes. Él tenía

muchas amantes y pues yo se las pasaba, o sea como que le aguanté muchas cosas y pues sí... cuando si salíamos yo buscaba la manera de conseguir alcohol y me emborrachaba en mi casa y ya ¿no? Como para ay (suspiro y gesto de desahogo).

También el uso de drogas se inserta como una práctica conjunta dentro de las parejas, intercalado con situaciones de violencias, como el caso de M, donde se van generando dinámicas de poder en torno al consumo de drogas

me junté con una persona 24 años mayor que yo, ella tiene 48 años, y ella es consumidora de piedra, entonces pues vivimos juntas y era todo el día estar consumiendo, (...) en esa relación viví violencia, viví muchas cosas hasta que pues ya decidí salir de ahí, hablar con mi familia, porque yo sentía que ya me estaba hundiendo. (...) Teníamos pleitos y me corría de la casa a la 1, 2, 3 de la mañana, entonces yo ya no quería vivir eso. Al principio era solamente 1, 2 papeles al día y ya con ella aumenté a gramo, gramo y medio, incluso hasta 2 gramos diarios (...) lo más gracioso de esto es que (...) yo era la que tenía que salir a buscar lo de ella a la una o dos de la mañana.

En la experiencia de P ella había logrado amplios períodos de abstinencia de crack (sustancia que identifica como más problemática en su vida). Sin embargo, al retornar con su pareja y padre de su hija volvía al consumo, lo que fue deteriorando la relación hasta concluirla. Tal como en su caso, es común que las relaciones de pareja y codependencia se vuelvan impedimentos para el cese del consumo de drogas, cuando se desea abandonarlo, así como también suele darse un boicot a los tratamientos, como se mencionó en el caso de V.

También puede ocurrir que haya un esfuerzo conjunto de la pareja por querer abandonar el consumo de drogas y en vez de actuar como barrera para el tratamiento puede ser impulsor del mismo. Así ocurre en el caso de AL, donde es su actual pareja quien la insta a tratarse por su consumo de drogas. Sin embargo, ambos transitan por la ambivalencia de querer seguir consumiendo y dejar el uso de drogas, siendo ambos potenciales factores de riesgo para el otro en términos de retomar el consumo.

3.3 Patrones y significaciones de uso de drogas

En cuanto al tipo de drogas que utilizan las entrevistadas, son diversas. La mayoría coincide en haberse iniciado con alcohol y marihuana. Sin embargo, las que reconocieron como más problemáticas para ellas y por las cuales ingresaron a tratamiento fueron las siguientes: V marihuana¹², M cocaína, P crack, AL piedra¹³, A cristal. Ninguna de las mujeres ha sido usuaria de drogas por vía intravenosa, más que nada por el temor a inyectarse, pues en varios casos había curiosidad por las sustancias, pero el temor a las agujas actuó como barrera ante dicha práctica.

Sólo P había experimentado con drogas alucinógenas (peyote y hongos) y drogas sintéticas (LSD, MDMA y DMT), así como también manifestó conocimiento de otras sustancias no tan comunes, como el kambó por ejemplo. Se puede hipotetizar que existe un factor de clase que media su accesibilidad a este tipo de drogas (son más caras), ya que P proviene de una familia de clase media alta y, por sus estudios universitarios en relaciones internacionales, podría tener un mayor bagaje cultural que facilitara su conocimiento de otras sustancias.

En cuanto a las significaciones y motivaciones que tienen para los usos de drogas son variadas, dentro de las cuales destacaron el placer, evasión, mecanismo para tolerar o tramitar ciertas vivencias traumáticas como las violencias recibidas por parte de sus parejas, o bien ciertos duelos. A continuación se profundizará en las experiencias de las entrevistadas y cómo éstas van dotando de significación a su uso

¹² El caso de V resulta particular, en el sentido de que su patrón de consumo no calza con un cuadro de dependencia (tanto por la frecuencia, cantidad y consecuencias del mismo). Al momento de la entrevista ella había ingresado hace apenas dos semanas al tratamiento, por lo que no contaba con un diagnóstico acabado. Por su relato, y la experiencia clínica de quien la entrevista, se presume que V ingresó al centro tras un episodio psicótico, donde la marihuana puede haber actuado como gatillante, pero lo que prima es su comorbilidad psiquiátrica más que su consumo. Aun así se decidió incluir su testimonio ya que presenta otra arista del variado espectro que componen las experiencias de las mujeres usuarias de drogas.

¹³ Si bien la piedra es el nombre coloquial que se le otorga al crack, se utilizan los nombres que las propias usuarias le otorgan a las sustancias.

de drogas dentro de su entramado biográfico. Cabe destacar que dichas significaciones suelen ser ambivalentes y contingentes, es decir, van variando en los distintos momentos de la vida y en cada situación en particular.

3.3.1 Buscando la felicidad y la calma en una relación violenta

Para V el uso de marihuana tiene una función ansiolítica, “la marihuana como que me tranquilizaba, me hacía sentir mejor (...) que puedes hacer más cosas, que te desenvuelve mejor (...) como más creativa. Me ponía feliz, o sea se me olvidaban las cosas”, particularmente el estrés que le generaba el ejercicio de su rol materno y las constantes peleas y agresiones de su pareja. Mediante la función evasiva buscaba subir su ánimo, así como también alentarse a “hacer cosas que no se atreven a hacer en sus cinco sentidos”.

3.3.2 La alerta que tranquiliza

En la experiencia de M, donde sus sustancias habituales de uso son la marihuana, alcohol y cocaína, siendo esta última su droga principal o droga de impacto, varían las significaciones en cuanto a la funcionalidad de las mismas.

Yo era funcional (cuando consumía marihuana), pero cuando llegué, de las pocas veces que llegué, muy mal con la cocaína yo no podía hacer nada. (...) Yo sé que soy muy funcional cuando estoy bajo las influencias de la marihuana, o sea sí me vuelvo un poco torpe pero hago las cosas como con más ganas (...) pero cuando yo estoy en consumo de cocaína yo ya no quiero hacer nada, ya no me da otra cosa más que consumir.

Como puede observarse se manifiestan efectos antagónicos entre la marihuana y la cocaína, teniendo esta última efectos de desgano generalizado. La alternancia entre ambas sustancias, como modo de gestionar el consumo, serviría entonces para compensar los efectos de ambas.

Por otra parte, también es posible observar efectos aparentemente opuestos dentro de una misma sustancia, como manifiesta M que le ocurre

...cuando estoy bajo la influencia de la cocaína no me acelero, así como muchos creen que la cocaína es para acelerarse, o sea a lo mejor sí me mantiene alerta pero me hace sentir como que en cierto aspecto tranquila, o sea como que inhalo, me acelero, pero como que me pone alerta de todo, entonces estoy como tranquila, pero alerta de lo que pasa.

Dicha reacción, si bien puede parecer contradictoria, podría relacionarse o leerse bajo la propia historia de M, marcada por el abuso sexual infantil que sufrió desde los seis a los ocho años por parte de un familiar. Ese estado de alerta que tranquiliza podría interpretarse como una vigilancia permanente que le permite protegerse para no verse expuesta nuevamente a situaciones traumáticas.

Yo muchas veces por ejemplo me he llegado a acordar del abuso que sentí y a veces hasta me sentía poderosa drogada porque decía "lo puedo matar". Uno, bajo las influencias de las drogas, pues hace muchas cosas. Yo creo que muchos usamos el alcohol para querer olvidar ciertas cosas y otras para darse el valor para poder cometer actos. (...) Me sentía poderosa, invencible (...) creo que sí tuvo mucho que ver el querer no recordar cosas.

Se puede postular la asociación entre abuso sexual infantil y el uso de drogas, en virtud del uso farmacológico que se le puede dar a las sustancias, con el sentido de borrar/tolerar/tramitar una vivencia traumática (Khantzian, en Tenorio y Marcos, 2000). "No podía estar ningún momento, ni en ninguna situación podía pasarla permitiéndome sentir, o sea si me dolía o si no, o sea ya lo que quería era ahogar todo en las drogas".

Por otra parte, tal como lo plantea M, el uso de drogas puede conferir poder, ese mismo poder que se vio anulado en la experiencia de abuso. Incluso en la misma elección de la sustancia puede verse esta vinculación, M elige como sustancia la cocaína que la hace sentir poderosa, en contraposición a otras sustancias que le reportaron otros efectos "la piedra sólo la probé una vez y no me gustó el efecto que tuvo hacia mí, pues me hizo sentir como expuesta, entonces no quise".

Al igual que todas las entrevistadas, la relación de M con las drogas está marcada por la ambivalencia, pues las significaciones positivas han ido cediendo el paso al malestar, conforme su consumo se ha ido intensificando.

Ha sido destructiva y una relación de amor y odio. O sea de “amo estar con ella”, pero también la odio que exista en mi vida ¿no? Pero sí, amor y odio y súper destructiva. (...) O sea es una relación de amor y odio porque a veces amo estar consumiendo después detesto cómo me siento.

3.3.3 Drogas para aguantar: uso de cristal y comercio sexual

En el caso de A, que se ha desempeñado como fichera y sexoservidora, el uso de sustancias se enmarca en lo laboral. A los 24 años comenzó a consumir activo “para no sentir frío, cuando empecé a trabajar en la calle”, siguió a los 27 años con la piedra con los mismos fines. Ya cuando se traslada a Guadalajara, se genera un viraje en cuanto a su patrón de consumo: reemplaza el consumo de activo, dada la violencia que existe en ese lugar contra quienes monean. Allí comenzó su trabajo como fichera, “agarré el cristal para poder aguantar, porque como tomaba, para bajar la borrachera, para no quedarme dormida y ya después me volví adicta a la sustancia”.

En general, el uso de drogas para A está significado con el hecho de aguantar, no tan solo en el ámbito del trabajo sexual, sino que también ligado al ejercicio de su maternidad, éstas le ayudaban a cumplir con sus labores de cuidado, incluso tras largas jornadas de trabajo en las que no dormía. Aun cuando al preguntarle por la relación entre su uso de drogas y la maternidad señala que “ha sido el peor error que pude haber cometido”. Claramente el haber perdido la custodia de su hija y la institucionalización de la misma ha marcado un punto de inflexión importante en su vida, ha sido el factor que la llevó a dejar de ejercer el comercio sexual, a casarse e ingresar a tratamiento, buscando darle un giro a su vida.

El aguante al que hace referencia A lo hace coextensivo también al resto de las personas usuarias de drogas, señalando que los motivos que tienen para drogarse pueden relacionarse con el ser “intolerantes a sus vidas, a sus problemas, a sus familias, a sus trabajos, a sus jefes, a ellos mismos (risas)”.

3.3.4 *Entre la evasión, la productividad y el placer*

En el caso de AL ella traza una clara diferenciación entre las drogas ilegales que consume, en su caso la piedra, y el alcohol. Éste, de inicio más temprano, comenzó a asociarlo a la evasión y lo significa como una especie de refugio ante la violencia,

yo tenía problemas con mi ex marido, y pues era tomar y fumar (cigarros), tomar y fumar. El alcohol, si lo agarré como para fugarme de tantos problemas que yo tenía, sí el alcohol lo tomaba por eso y lo tomaba mucho por eso.

Esa significación, que tenía del alcohol, sufre un viraje al separarse de su marido. Ese refugio inicial que era el alcohol comienza a tornarse más expansivo y adquirir otros ribetes, de liberación de la violencia machista.

Cuando yo me separé de él pues yo me sentía como perrito que sale de su casa y corre por dónde quiere ir, así me sentía yo, libre, quería fiestas, más fiestas y siempre ir a bailes (...) empecé yo a decidir por mi vida y para mí era pues una alegría ¿no?, pero pues una alegría que no supe controlar ¿no? porque esa alegría me llevó a fiestas, fiestas, fiestas y me llevó a una vida más alocada y más libre, porque él se llevaba a los niños el fin de semana y para mí era “guaaa estoy solita”, entonces yo no más dejaba mis hijos y ahí nos vemos. Ya empezaba a divertirme, ay que padre. Desde que me separé ahí empezó, se disparó el consumo de alcohol, porque yo era alcohol libertad.

En ese contexto conoce otras sustancias como la cocaína, que no le agradó, y la piedra, la cual unas amigas se la dan a probar para que pudiera aguantar más la fiesta y bajar un poco los efectos de la borrachera. El uso de la piedra lo liga en gran medida al placer,

me agrada, me gusta, me gusta la sensación, me lo fumo y me siento bien. En el momento que yo sentí ese efecto me agradó, me agradó sentir esa sensación en el

cuerpo. Yo decía que padre se siente y hasta la fecha, o sea lo hago porque me gusta (...) es una sensación que mmm... como si fuera un calor inmenso en mi cuerpo que sube y baja, como que mmm... no sé, como que mmm... como una adrenalina que corre por mi cuerpo que se acelera totalmente y me da así como energía este... y así empieza a sentir como una paz en mi interior, bueno en mi cuerpo, esa sensación yo siento (...) como que primero te activa y luego te calma.

Esta sensación de efectos contrapuestos recuerda a la que describe también M, el binomio alerta/paz, y podría enlazarse con la recuperación -aunque sea momentánea- de la potencia arrebatada (por estar tantos años inmersa en una relación de violencia) y la consecuente calma que ello acarrea.

Por otra parte, reconoce como satisfactorio el hecho de que es una sustancia que le permite hacer muchas cosas, en términos de productividad, “esto se siente padre ¿no?, puedes estar de pie sin dormir, irme a trabajar y no pasa nada, pues qué padre ¿no?, qué chido”.

Sin embargo, esta relación placentera que tenía con las sustancias va adquiriendo un giro en la medida que se intensifica “...la relación fue tan buena que ahora ella es mmm... cómo puedo decirlo... me ha llevado a querer más, más, más, o sea como que ya no lo puedo controlar”. En este sentido AL no ve el consumo de drogas como algo propiamente negativo, lo indeseable del consumo ha sido la pérdida de la capacidad para controlarlo con el paso del tiempo, lo que puede llevar a pensar en otras formas de relacionarse con las sustancias y gestionar su consumo en lugar de erradicarlo de plano.

3.3.5 *El placer y la revolución mental*

La experiencia de P con las drogas y la significación que le da a las mismas está marcada por el placer:

...son muy buenas, a mi me parecen muy satisfactorias, son muy placenteras, y pues tal vez cuando tienen muchos problemas o cuando quieres fugarte, o sea en un principio yo siento que en mi caso era el pretexto, pero la verdad es que ahora lo hago

porque me gusta, porque me causa placer, porque me gusta sentirme así (...) me gusta mucho así la sensación de tener el humo y sacarlo (del crack), esa sensación me encanta.

Su posibilidad de acceder a otro tipo de sustancias ha mediado también la significación que tiene de las mismas. La experimentación con drogas alucinógenas y otras poco comunes le han permitido tener una veta de significación distinta a la de las otras entrevistadas, ligada a la expansión de la conciencia y procesos de carácter más reflexivos e introspectivos, que han incidido en su conceptualización positiva de las sustancias.

E: ¿Crees tú que las drogas te traen algún beneficio? P: Mjmmm... Algunas. Como por ejemplo los hongos, como el peyote, como el DMT, como el LSD creo que esas drogas a mí me parecen buenas, claro no en exceso ¿no? como todo en exceso... la marihuana también me parece maravillosa. (...) A veces te hacen como concientizar, te hacen pensar, te hacen pues... sí, ver, ver cosas que no... que en tu juicio no las vas a ver, ni las vas a pensar. Pero yo que por ejemplo con los hongos o peyote, pues sí, tu mente empieza a revolucionar totalmente, empiezas a concientizar, no sé es como una introspección, empiezas a ver lo que traes adentro, lo que sientes. Me parece que son drogas que te ayudan, que lejos de crearte una adicción... bueno yo no conozco que haya alguna persona que sea adicta al peyote o a los hongos, porque pues son cosas tan fuertes. Como por ejemplo el DMT también, literal es como si te fueras, como si algo, como si tu alma, no sé cómo llamarlo, se saliera de ti y empezara a ver las cosas, pero en ese... como que en ese viaje piensas muchas cosas, canalizas.

3.3.6 *Drogas y maternidad*

Aun cuando no todas las entrevistadas son madres, para todas el serlo, o ser “dadora de vida” como lo menciona P, es parte importante en la vida de las mujeres, tal como lo refleja V “haber sido mamá, siento que cambió mi vida. Pues ese amor que me hacen sentir mis hijas, pues protegerlas, como que dejas de ser egoísta y sólo pensar en ti, empiezas a pensar en los demás”. La maternidad se constituye así como un punto de inflexión en la vida de estas mujeres y es un eje identitario central, independiente de las ambivalencias o dificultades que han tenido en el ejercicio de su rol.

Por su parte M, al identificarse como lesbiana, si bien cuestiona la heteronorma

siempre nos han dicho “no pues la mujer es la parte fundamental de un hogar”, pero yo no tengo esa idea pues, yo la verdad mis preferencias sexuales son diferentes, entonces a lo mejor eso me ha hecho como tener que ser como diferente,

de todos modos perpetúa una narrativa tradicional en cuanto a los modelos de familia y los roles de género estereotipados. “Creo que es más fácil que una familia, o cualquier entorno, este pueda estar sin un padre a que tambalee cuando está con una madre”.

Siguiendo la premisa que articula M, socialmente tiende a pensarse que de por sí el uso de drogas tiene una relación negativa con la maternidad, en gran parte por los discursos biomédicos y prohibicionistas, pero algunas de las experiencias de estas mujeres apuntan a lo contrario. Ejemplo de ello es la experiencia de V, donde el uso de marihuana a ella le permite ser mejor madre, pues la ayuda a tranquilizarse y tolerar el estrés propio de cuidar a dos niñas pequeñas con un padre que no se involucra en los cuidados ni asume la corresponsabilidad de las tareas domésticas.

Después me embaracé y como que a raíz de eso pues como que empezaba a fumar más, me desesperaba mucho la niña, la bebé y yo no quería como ser una neurótica, no sé, pegarle o enojarme y entonces empezaba a fumar pues sí, no quería enojarme, me desesperaba y la marihuana como que me tranquilizaba, me hacía sentir mejor, o sea como que me relajaba. Como están chiquitas las dos pues me sentía este... o sea hay veces que empezaban a llorar las dos al mismo tiempo y yo pues, como me dejaba sola y todo el tiempo estaba sola, yo no quería pegarles, no quería explotar y entonces en lugar pues de eso, me salía a fumar y ya regresaba y ya me sentía mejor y estaba con ellas y así. Me sentía una mejor mamá se podría decir, más buena.

Para A el uso de drogas también le ayudaba a sostener sus labores de madre, a pesar de que ahora -tras haber perdido la custodia de su hija- reconoce los impactos negativos que el uso de drogas ha generado respecto a su maternidad.

En algún momento ayudó, porque cuando tenía a mi niña en la escuela, pues digamos que me ayudaba ¿no? porque salía yo del trabajo desvelada, drogada, borracha y pues nada... me daba un jalón y se me bajaba todo, se me espantaba el sueño y ya iba por mi hija, o llegaba y yo estaba la casa y ya le daba de comer.

Como puede observarse la ambivalencia, e incluso contradicciones, atraviesan la mayoría de las experiencias de las entrevistadas. Tal es el caso de AL, quien afirma

que su uso de drogas no ha afectado su maternidad, pues ha podido dividir sus tiempos, sin embargo, cuenta un anécdota donde su hijo menor le ha dicho que tiene hambre y no lo ha atendido, por estar bajo los efectos o resaca de las drogas. También sus hijos mayores suelen hacerle burlas respecto a su consumo de alcohol, evidenciando ciertas críticas al mismo, mas AL no considera que éste sea problemático respecto al ejercicio de su maternidad.

IV. Experiencias y estigmas de mujeres usuarias de drogas

4.1 Articulando la experiencia desde los márgenes

Como se ha podido observar hasta ahora, las trayectorias de vida de estas mujeres están mediadas por sus historias familiares, posición de clase y las diversas violencias que las han atravesado. En esos contextos particulares sus usos de drogas se han ido configurando, haciendo frente a los estigmas y violencias que ello acarrea y que se intensifican por el hecho de ser mujeres. Precisamente desde esos márgenes que implica la subalternidad de las mujeres dentro del sistema sexo-género, sumado a la marginalidad propia de las personas usuarias de drogas ilícitas que están por fuera de las leyes, se configuran sus experiencias, que se ven influenciadas por los diversos estigmas y emergen como posibilidades para interrogar los mandatos de género hegemónicos y eventuales procesos de agenciamiento.

4.1.1 El acceso a las sustancias

En cuanto al acceso a las drogas, se encuentran casos en donde la adquisición de las sustancias se da de manera autónoma y gestionando sus propios recursos, pero también hay experiencias en las que se da la mediación masculina con distintos matices. Por ejemplo, en el caso de V existe pasividad en cuanto al acceso a las drogas y desconocimiento del tipo de sustancia y su calidad, lo cual podría incrementar los riesgos, “como a veces él me la traía, pues no sé bien cuál era. O a veces me la traía la persona que él conocía. Entonces nunca supe bien cuál era, o sea ellos me la traían”.

En el caso de AL ella prefiere la mediación masculina para acceder a las sustancias como modo de protegerse de los riesgos presentes en los puntos de venta. “No me gusta relacionarme mucho con los que la venden (...) una vez fui a un punto y me dio mucho miedo, mejor pido que me la compren. Eso sí me paniquea demasiado, decir “qué hago aquí me van a matar”, si me cruzo con alguien y están con armas”.

En el caso de M, cuando su consumo se intensificó ya no contaba con recursos económicos suficientes por lo que comenzó a robar al interior de su familia, “...llegué a sacarle dinero a mi mamá, sustraje de mi casa cosas y llegué a venderlas, dos computadoras las perdí donde las empeño, y joyas de mi abuela también las empeñé”.

Otro modo de acceder a las sustancias es el intercambio de sexo por drogas. Al respecto sólo P refiere haberlo hecho, coincidente con el periodo de su vida en que ejerció comercio sexual para sobrevivir, tras haber abandonado la casa de su padre a la edad de 13 años lo que marca un punto de inflexión importante en su biografía en términos del uso de drogas y también de las formas de sobrevivencia que encontró, así como las situaciones de violencia a las que se vio expuesta. Actualmente ha pensado en volver a hacerlo, pero la detiene el miedo,

está ya como muy desatada la violencia, y tantas cosas que pasan y ya no sé, a lo mejor cuando estaba más chica me valía más, pero ahora con mi hija, pues sí me da miedo de que un loco que me quiera asfixiar o hacer algo.

Si bien las otras entrevistadas reconocen el intercambio de sexo por drogas como una práctica común en los lugares de consumo, establecen sus límites al respecto y declaran que no lo harían o que no les gustaría llegar a ese extremo. “A veces hay unas amigas, lo digo por ellas porque yo no he llegado al caso ¿no?, de que pues tanto es su necesidad por su consumo, que ya no traen dinero y pues “me voy con este, y me satisfago”. Esta declaración de AL llama la atención pues la manera de enunciar es diferente a como lo conceptualizan las otras entrevistadas, ya que ella

en su relato da un lugar al deseo de satisfacción de quienes intercambian sexo por drogas. Su enunciación da cuenta de una elección personal y deliberada, son ellas las que deciden irse con determinado hombre para satisfacer su deseo de seguir consumiendo drogas.

Dicha barrera ante el intercambio de sexo por drogas, deja entrever la posible estigmatización de esa práctica, incluso para A que hasta hace muy poco se desempeñaba como sexoservidora. Al preguntarle por sus modos de acceder a las sustancias responde, podría decirse que incluso hasta ofendida, “Nunca me este... he prostituido por drogas, si eso es lo que preguntas. Siempre la he comprado yo, antes me la regalaban o me la compraban”, dejando en claro los límites de su trabajo.

4.1.2 Lugares de consumo

También es común la asistencia a lugares especializados de consumo, más conocidos como “picaderos” o “fumaderos”, o bien los “puntos” que son los lugares de venta, donde a veces se permite el consumo, o casas de consumo en general que acogen a distintos tipos de personas usuarias de drogas, independiente de las sustancias que utilicen.

Todas las entrevistadas, exceptuando V (precisamente por la sustancia, ya que ella sólo consume marihuana), han asistido a dichos lugares y tienen una concepción negativa de los mismos

a veces como que no me gusta acordarme... pues ves a la gente encerrada, toda metida con sus botes, y yo pues solamente era como para darme un pase, pero la mayoría está metida con un bote, o con una pipa, o incluso inyectándose, entonces solamente es eso, tú llegas, te sientas, pagas por estar ahí (M).

Son fumaderos de piedrosos, (...) entras y todos (gesto de fumar piedra, abstraída de la realidad), no hablan, están todos paniqueados” (A); “no hay una cierta comunicación, cada quien está en su mundo, en su rollo” (AL).

Dentro de las experiencias de las mujeres en estos espacios destaca la percepción generalizada de que no existe mayor interacción social, las personas se encuentran abstraídas bajo los efectos de las distintas sustancias. Al parecer, tal como señala M, “ya es gente que está demasiado mal, o sea gente que prácticamente vive en ese picadero”.

El acceso a dichos lugares, y la asistencia habitual a ellos, se vincula con un patrón de consumo más frecuente, eventualmente de dependencia. Habría una evolución de los patrones de consumo de lo más social hacia lo más individual. Por ejemplo, en el caso de las mujeres entrevistadas, la mayoría inició su consumo en dinámicas colectivas, de pertenencia a un grupo, pero luego fueron transitando a consumos más solitarios, siendo el extremo el caso que se da en estos fumaderos que ellas describen, donde ya no hay mayor interacción, más que la transacción de la adquisición de las sustancias.

Asimismo, las interacciones están normadas como señala AL

cada quien tiene que comprar lo suyo y pues al menos compartirle al de la casa. Le tenemos que dar al que nos presta el lugar, es como una regla del lugar, y obviamente te acabas tu material y te hacen salir. Si no vas a consumir tienes que salir.

Estos lugares tampoco están exentos de prácticas sexistas. Varias de las entrevistadas señalaban que muchas veces les regalaban drogas lo que, si bien puede ser una estrategia comercial de quienes trafican las drogas para enganchar clientes, en la experiencia de AL tiene un trasfondo sexista en el sentido de que

...tienen o quieren beneficios de nosotras como mujeres, sexualmente (...) nos dan más drogas, todo el mundo invita ¿no? si no vas con novio, pero pues vas sola y ahí cuanto más te invitan, “toma, te doy, te doy”, a veces sin necesidad de gastar tanto y tenías la droga que quieras. A veces no más yo llegaba con un papel y consumía más de lo que traía, pero como ahora que ya tengo... ahora que llevé a mi pareja, ya no es lo mismo.

Nuevamente A hace alusión a actitudes que se podrían considerar machistas, pero que ella las connota también como una ventaja para las mujeres, de que las

mujeres son tratadas preferentemente, y aunque exista un trasfondo sexista ella lo enuncia como algo favorable. Es así como las mujeres, en este contexto, juegan con su condición de género para beneficio propio, como por ejemplo para obtener las sustancias. Ello las hace posicionarse como sujetas activas, con capacidad de agencia, en lo que se ha denominado “subordinación adaptada” (Risman, 2004), transitando entre la normatividad de género y la transgresión.

También en estos espacios se entremezclan el uso de drogas y el comercio sexual, al respecto A refiere

a mí los del punto de la droga me utilizaban para cachar a los clientes de la piedra, o sea yo fui mula pues, me utilizaron de mula y yo ni siquiera me daba cuenta. O sea yo no transportaba droga, pero me utilizaban para drogar a los clientes, para robarles. Y yo no me había dado cuenta, como yo fui usuaria del cristal a mí ya no me hacían las otras drogas, ni la cocaína ni la piedra, entonces yo soportaba fuertes cantidades. Yo me llegué a drogar con 30 piedras y seguía de pie, o sea y el cuate todo así paralizado (hace gestos de que ella se encontraba muy despierta y la otra persona prácticamente sin reacción), pues aquellos ya le habían sacado la cartera, el celular, tarjetas, todo y yo ni siquiera me había dado cuenta, yo ya me había parado al baño, ya estaba chapoteando por otro lado.

4.1.3 Evolución de los patrones de consumo

Tal como se mencionó con anterioridad, el uso de drogas no constituye una práctica lineal, sino que el patrón de consumo es variable, así como los efectos y significaciones que se le van atribuyendo a las drogas con el paso del tiempo. Las mujeres entrevistadas, al estar congregadas en un centro de tratamiento para las adicciones, tienen cierto grado de problematización de su consumo de drogas y éste ha llegado a tener ciertas consecuencias negativas que las han llevado a querer modificar sus prácticas, generalmente expresadas en la pérdida progresiva del control de su consumo. Asimismo, las sensaciones o significaciones placenteras o positivas que se experimentaban en un comienzo van cediendo paso a malestares tanto físicos, como emocionales y sociofamiliares.

...al principio me ponía feliz, o sea se me olvidaban las cosas. Pero ya después fumaba y pensaba más en los problemas que tenía, como me enfrascaba más (...) poco a poco todo se va volviendo más gris y más feo, y ya después ya no puedes salir de ese vicio, aunque quieras. Tu cuerpo te va pidiendo más y más, te empiezas a molestar si no lo haces (V).

...ha ido en aumento, ha sido cada vez más, más duro, más fuerte, ya no hay como tanto control, ya nada más... por ejemplo pues con el crack ya me da como esa compulsión a consumir y querer más, más, más y más (P).

También pueden ir ocurriendo variaciones en torno a las sustancias de uso o la alternancia de las mismas, según los efectos que se desean obtener. Por ejemplo, AL comenzó a consumir piedra para poder aguantar más el efecto del alcohol. Sin embargo, al volverse la piedra su sustancia principal de uso, incrementando frecuencia y cantidades de ingesta, cambió el orden de uso

...ahora es fumo y me emborracho para que se me bajé más el efecto. Para mí el fumar y seguir fumando o sea no me detiene, o sea quiero más y más, entonces el tomar como que me controlo y ya no tengo esa sensación de querer estar fumando.

En general existe, junto a la disminución del control, una pérdida de las atribuciones positivas respecto al consumo, aunque lo que prima es la ambivalencia, siendo fluctuantes las significaciones positivas y negativas.

4.1.4 Uso de drogas y vida sexual

La relación entre el uso de drogas y la vida sexual de las entrevistadas es variable. Mientras V reporta que no le gustaba tener sexo mientras estaba drogada¹⁴, P señala que le gusta utilizar ciertas sustancias para estimularse y sentir más placer, como por ejemplo la marihuana, LSD y MDMA, aunque estos últimos no los utiliza tan frecuentemente pues son más caros.

¹⁴ Ello puede tener más que ver con una dificultad generalizada para disfrutar del sexo, relacionado con su historial de abuso sexual infantil, que con el uso de drogas en sí mismo.

Por su parte M señala que disfruta tener sexo con marihuana, pero que con su anterior pareja muchas veces necesitaba más estimulación “necesitábamos ver porno porque estábamos tan drogadas que no era como suficiente solamente nosotras dos (...) bajo las sustancias me provoca más, pero no es tan duradero y a veces no es tan placentero”.

La relación de A entre su vida sexual y el uso de drogas se circunscribe a su trabajo como sexoservidora, “para mí lo sexual era lo laboral, era mi trabajo, entonces para mí una droga que servía era algo que me mantenía despierta y que me servía para coger, o sea que me servía para resistir, tan tan (risas)”.

Mientras que AL refiere que no ha habido mayores variaciones en su vida sexual con el uso de drogas.

4.1.5 Riesgos por usos de drogas

El uso de drogas trae aparejados una serie de riesgos, más allá de aquellos atribuibles a los efectos propios de las sustancias. El acceso a éstas también implica riesgos extras, algunos comunes para todas las personas usuarias, por el sólo hecho de tratarse de un mercado ilegal, como el ser asediadas por la policía como relata M “...estaba yo en consumo y traía papeles, me porté bien porque sentía que sí, ya me veía mal, y no me encontraron nada y bueno iba saliendo del punto y me habían seguido”.

También existe el riesgo de verse involucradas en situaciones de violencia extrema, tal como lo que relata A de su experiencia en Guadalajara

...ahí te quitan la mona de una forma bien bonita (usando tono irónico). Te las prenden, te la ven y ¡pum! (hace gesto de monear y de prenderla con un encendedor). Los vendedores de cristal, dónde te ven en su punto moneando pum.

Sin embargo, las mujeres están expuestas aún a mayores riesgos, ya que de por sí tienen mayor vulnerabilidad biológica, por razones metabólicas y hormonales, a generar dependencia a las sustancias como mayor facilidad (Medina-Mora *et al.*, 2002), como lo ha notado V, “las mujeres nos volvemos más adictas a ciertas sustancias. Bueno más bien a todas”.

Sumado a esa desventaja biológica, se encuentra el riesgo de enfrentarse a situaciones de sexismo, acoso y violencia sexual, como señala M “...hay mucha gente en la calle que nada más ven tus debilidades, incluso hay personas que te ven mal y quieren como aprovecharse de ti y que simplemente por el hecho de que eres mujer y estás bajo el efecto de una droga”. Dentro del imaginario social estigmatizante existe la asociación mujer-droga-promiscuidad-puta, o la creencia de que ciertas sustancias generan lo que se conoce como “sumisión química”, donde las personas quedan doblegadas en su voluntad y pueden ser sometidas en todo sentido (López, 2018).

Si bien sufrir una agresión sexual es un riesgo al que cualquier mujer está expuesta, éste se ve incrementado por el hecho de ser usuarias de drogas ya que tanto los espacios de consumo, como los puntos de venta son altamente masculinizados y, al encontrarse al margen de la ley, es difícil encontrar algún tipo de protección, aún cuando la policía tampoco es garante de nada pues es sabido también los abusos que se cometen en dicha institución, como ha podido constatar en reiteradas ocasiones A, aludiendo también a la corrupción generalizada que atraviesa a la institución.

Una vez le pegué a un policía y me dejaron seis días en el Torito¹⁵, van tres veces que me dejan en el Torito. E: ¿Y por qué le pegaste al policía? A: Porque me agarró muy fuerte la muñeca. E: ¿Y por qué te quería llevar detenida? A: Ah, porque me estaba tomando una cerveza en la calle (risas). E: ¿Cómo te trataron los policías? A: Asshhh,

¹⁵ Centro de Sanciones Administrativas y de Integración Social.

ya sabes cómo son. E: ¿Cómo son? A: Horribles, pero ya nada más les gritas su precio y ya.

Asimismo, al ser usuarias de drogas suele haber una vulneración, o de plano supresión, de derechos, como ha sido la experiencia de P

...la mayoría de las veces las autoridades abusan. Por ejemplo esa vez que te digo me tuvieron esposada en una silla, y el del Ministerio Público quería que me fuera a acostar con él para que, para que no... para que no tuviera más problemas y me decía "piénsale güera, vámonos a desayunar, ahorita nos bañamos y te vas a tu casa y no sé qué". Y así cómo de esas... mil cosas ¿no? abusos de policías, de granaderos que en sus revisiones te tocan, te manosean, te mmm. (...) Por ejemplo esta vez de los policías, me golpearon la cabeza así de una manera bien brutal, o sea como unas 10 veces azotándome la cabeza en el piso.

También es recurrente el ejercicio de violencia sexual contra las mujeres en los lugares de consumo, como los picaderos o fumaderos. Dos de las entrevistadas la han experimentado.

Una vez en Tepito un chavo yo le dije que no (que no accedía a intercambiar sexo por drogas), y si me dio mucho miedo. Yo no sé cómo salí viva de ahí porque saca su pistola y me dice "pues es que a mí nadie me rechaza" y tuve los ovarios y le dije pues yo sí y me salí, yo me di la vuelta y esperaba escuchar el plomazo la verdad, pero no, tuve un ángel ese día (M).

Una vez me violaron cuando me metí a un fumadero. Me metí a fumar crack y salió un tipo y me amenazó, cortó una botella y me la puso en la garganta y me violó. Y pues de ahí creo que se me quitaron las... se me fueron las ganas de andarme metiendo a los fumaderos (...) creo que tenía como unos 18, algo así (P).

4.1.6 Daños por usos de drogas

Dentro de los daños asociados al uso de drogas, las mujeres entrevistadas identifican principalmente aquellos relacionados a su físico y deterioro corporal, mermas económicas o dificultades para alcanzar y sostener cierta estabilidad financiera y aquellos vinculados a sus relaciones, principalmente familiares y en especial respecto a su maternidad.

En el caso de AL, ella reporta cierta autonomía en la gestión de su consumo de drogas, en el sentido de que ella sólo consume con el dinero obtenido de su trabajo.

Aun cuando en el último período ha sentido un mayor impacto en su economía, vinculado al aumento de su patrón de consumo y sus dificultades, cada vez mayores, para controlarlo. Mismo hecho que le ha hecho problematizar su consumo e impulsado a ingresar a tratamiento.

Si yo no tengo dinero, yo no ando pidiendo ni ando buscando, o sea digo “si no tienes pues trabájale ¿no?”, como dicen por ahí trabaja pa` tu vicio, pero si el dinero que yo puedo ahorrar para poder hacer otras cosas, pues no lo hago pues porque me lo gasto, o sea porque yo digo como quisiera poner un negocio pero nunca lo he puesto pero porque no tengo ahorrado. Y ya ves pues, haciendo cuentas ya tendría hasta más de un negocio.

Por su parte, P refiere daños asociados en torno a su autocuidado, “como de pérdida de respeto a ti misma, porque llegas a hacer cosas que... que tal vez en tu juicio no las harías ¿no? y ya prendida así, pues las haces. Como por ejemplo prostituirse”.

Dentro de los daños específicos que tienen las mujeres al usar drogas es la alteración de su ciclo menstrual (De la Parra, *et. al*, s/f). Por ejemplo, AL señala que sus periodos menstruales se han extendido en duración con el uso de drogas. Asimismo es común que tarden más en darse cuenta de cuando están embarazadas, lo que los vuelve embarazos de alto riesgo, como fue el caso de P

yo me enteré que estaba embarazada cuando tenía 3 meses, y luego estaba muy clavada en el crack. Yo pensaba que los síntomas que tenía eran por el crack, hasta que... como de esas cosas que se te vienen a la mente dije “ay, pero si no me ha bajado” y ahí mismo me hice una prueba de embarazo, pero ya tenía como tres meses, y ya de ahí no consumí crack hasta como unos seis u ocho años después.

4.2 Estigmas por uso de drogas

Como ya se mencionó, las consecuencias dañinas del uso de drogas pueden provenir de los efectos de las drogas propiamente tal, de las conductas relacionadas con el uso de drogas y las formas de administración, o bien de la respuesta social, política y legal al fenómeno (Peyraube, s/f).

Bajo el actual régimen hegemónico prohibicionista la respuesta penal hacia el uso de drogas suele estar acompañada por reacciones sociales de rechazo y estigmatización, que irán variando en función de los contextos¹⁶ y las sustancias. Por ejemplo, el alcohol es una droga altamente aceptada en la sociedad, por su estatus legal no es considerado una droga propiamente tal, de ahí que exista una respuesta y reacciones diferenciadas en cuanto a su consumo. Todas las entrevistadas hacen una diferencia entre el alcohol y las drogas, exceptuando M, para quien “es lo mismo. Hay que ver cómo se pone un alcohólico cuando no tiene alcohol o su botellita, es lo mismo, pero lo minimizamos porque no está prohibido, como las demás están prohibidas, pues se hacen escandalosas, pero el tomar y tomar sí es una adicción”. Se generan entonces procesos de estigmatización diferenciados, acorde al estatus legal de las sustancias.

Así le ocurrió a V cuando su familia se enteró que consumía marihuana, “yo sentía que me hacían sentir menos por eso, yo decía

pues por qué si es lo mismo que tomar, o sea es una droga, no es como el alcohol o el cigarro, pero yo prefiero fumar marihuana y pues sí me sentía mal porque no me aceptaban en ese sentido, no aceptaban ese vicio que yo tenía.

Dentro de las sustancias ilegales también parece haber una jerarquización, como lo refleja la experiencia de A, “allá es un vicio bajo estar moneando. Es muy jerárquico (risas). Allá el cristal es así ¡uy! (gesto de que está en lo más alto) (...) no sé cómo fui a caer en esto”. También A utiliza un tono despectivo para referirse a quienes consumen crack “piedrosos, (...) pendejos, ustedes sigan con su piedrita”.

¹⁶ Los impactos de “la guerra contra las drogas” son diferenciados, entendiendo que ésta tiene un tinte racista, (hétero)sexista, adultocentrista y clasista, afectando mayoritariamente a las personas de color, jóvenes y pertenecientes a comunidades empobrecidas (Fordham, 2020).

Por otra parte, dada la conceptualización hegemónica de las adicciones como enfermedad crónica, suele darse una desconfianza generalizada y permanente hacia quienes usan drogas. El estereotipo de las personas usuarias de drogas incluye el adjetivo de mentirosas, lo que trae aparejado el debilitamiento de la confianza de las personas cercanas y cierta pérdida de autonomía, como le ha ocurrido a M “..mi mamá confía en mí, pero tengo que estar poniendo dónde estoy, como ubicación y todo eso”.

Otro estereotipo que permea la estigmatización hacia las personas usuarias de drogas es la asociación espuria entre droga-delito (Bayce, 2012). Tanto la prensa como algunas investigaciones realzan esta relación y trasciende a la sociedad en general, trayendo repercusiones directas para quienes usan drogas.

Una vez me subí a fumar a una azotea y traía marihuana, pero no una gran cantidad, pero en ese tiempo estaba como más estigmatizada. Y entonces la vecina dijo que (...) yo robaba las motos, y yo ni sabía manejar. Entonces llegaron los policías y me llevaron y estuve ahí detenida por, aparte de por la acusación de la señora, estuve por la bolsa de marihuana. Y ahí, en ese tiempo, me dieron hasta un papel donde me decían... bueno me declaraba yo adicta y ya se me permitía el uso de lo que ahorita ya está permitido, 5 gramos.

En esta experiencia que relata P, tuvo que asumir la etiqueta de adicta, de una manera estratégica, para evitar una sanción legal mayor. El estigma que hay alrededor del uso de drogas implica que haya un secretismo y ocultamiento a su alrededor. Tal como ocurre en la familia de A que pareciera ser un secreto a voces quiénes consumen drogas, “que yo sepa todos, pero a nadie le gusta reconocerlo”. Por su parte, AL refiere que “siempre he tratado como que de hacerlo, pues a escondidas, para que nadie me vea. Sí saben que tomo, sí me han visto... pero nunca me han visto drogada, eso sí lo he tratado de evitar totalmente”.

En el caso de V las reacciones de su familia al enterarse de su uso de drogas, fue diferenciado, siendo enjuiciada por los hombres “mi hermano por ejemplo siempre me está diciendo que la cago” y recibiendo mayor apoyo y contención por parte de su

madre y hermana, lo que podría obedecer a los mandatos de género referentes a los cuidados.

Una lectura similar podría darse a la reacción que tuvo la madre de M cuando le comunica de su consumo, “lo primero que me dijo fue “qué hice mal, o sea yo como madre qué hice mal”. Yo en ese momento, en lugar de sentirme apoyada, me sentí como juzgada, como señalada”. Esta culpabilización materna también podría vincularse al mandato de género de los cuidados y que coincide con los hallazgos de la revisión del estado de la cuestión donde la mayoría de las personas que apoyan los procesos de tratamiento son mujeres (Huesca *et al.*, 2001).

Las reacciones familiares ante el consumo de drogas también han incluido sanciones violentas, tanto para M como para P quienes fueron golpeadas cuando su abuelo y padre, respectivamente, las vieron llegar bajo los efectos de las drogas.

Sumado a la estigmatización, que lleva al ocultamiento de la práctica, hay que considerar también el efecto de ciertas sustancias, como por ejemplo en la experiencia de A con el cristal, “sientes que todo el mundo te está viendo, o que te quieren matar y todo eso, entonces te aseguras que nadie te oiga, que nadie te vea”. Se potencian así la estigmatización con el efecto de paranoia que conllevan determinadas sustancias, trayendo como resultado un mayor ocultamiento, lo que eventualmente podría alejar a las personas de los servicios de salud.

El ocultamiento también puede estar dado por las consecuencias negativas que pueden sufrir las personas usuarias de drogas si su entorno se entera de su consumo, por el castigo social que se aplica, como le ocurrió a M quien perdió su empleo por su uso de drogas, “me hicieron un antidoping, pues salí positivo y me dieron de baja 6 meses, pero como mi consumo no dejó... pues no dejé de consumir, pues no pude recuperar mi puesto”. Si bien este tipo de práctica resulta discriminatoria, está

amparada en la Ley Federal del Trabajo¹⁷, que en su artículo 47, numeral 13, establece como causal de despido que las y los trabajadores asistan a sus labores “en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante”. Lo que dicha normativa busca resguardar es el ambiente laboral y evitar accidentes, pero el dar positivo a las pruebas antidoping no implica que se esté necesariamente bajo los efectos de las drogas, pues éstas suelen permanecer en el organismo varias horas, o incluso días, después de haber cesado el efecto. Desde ahí se puede plantear que existe una intromisión en la privacidad de las personas, bajo el presupuesto de que el uso de drogas basta para que se ponga en tela de juicio la calidad de las y los trabajadores.

La discriminación también ha estado patente en las experiencias de las otras entrevistadas, en distintos espacios, incluidos los servicios de salud o autoayuda. De ahí que AL señala que se sintió acogida cuando fue a la iglesia y la recibió un pastor, “me gustó, me agradó que no me rechazó, no me dijo eres una alcohólica (...) porque en el grupo (de autoayuda) luego luego te dicen que digas tu nombre y soy alcohólica”. Siguiendo a Hall (2015), etiquetar y estereotipar nos permite organizar y categorizar nuestra realidad; sin embargo, aquellos elementos que nos parezcan disonantes o anormales serán estigmatizados y expulsados. “Me han dicho marihuana, drogadicta, alcohólica. Igual yo les digo que chinguen a su madre” (A).

Así como la experiencia de AL y A hay múltiples ejemplos de discriminación, que se dan en distintos lugares y que pueden traer como consecuencia el alejamiento de los servicios de salud o reticencia a solicitar ayuda. La misma AL señala que tenía temor de asistir al centro de tratamiento, estaba

¹⁷ Disponible en <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-federal-del-trabajo/titulo-segundo/capitulo-iv/>

...nerviosa porque si me encuentro a alguien que me conozca, de mi familia ¿no? y me digan “qué haces aquí”. O que me vea la gente, me miren feo, (...) eso me hace sentir incómoda. Como la primera vez que vine a consulta y quería pedir cita y sentía que toda la gente me miraba.

Otro elemento interesante que surgió en la mayoría de las entrevistas se relaciona con los estigmas respecto a la impureza/limpieza, donde se asocia el uso de drogas a la suciedad, “tomas unas drogas y... hújole, ya eres escoria, ya eres lo peor” (AL). Es común que se refieran a su proceso de tratamiento o de abandono del consumo asociándolo con la limpieza, “yo ya lo dejé de hacer y estoy limpia” (V), “de las últimas caídas que he tenido, han sido de 2 meses a tres meses limpia” (M). Es más, dentro del propio proceso de tratamiento se contempla una terapia denominada depuración, “te canalizan, te ponen suero y multivitamina y creo que medicamentos” (A). Tal como su nombre lo indica de lo que se trata es de limpiar y purificar literalmente la sangre, pero también simbólicamente la suciedad que trae aparejado el uso de drogas.

Se van entrelazando así diversos discursos en torno a la práctica de uso de drogas, resultando atingente la distinción entre los “discursos de la droga” y “discursos sobre la droga” (ver capítulo II, apartado 2.1), donde la frontera entre ambos suele difuminarse y las personas usuarias de drogas tienden a adscribirse a los significados culturales circundantes referente a las drogas, incorporando el discurso social que les condena. En la terminología de Goffman (1970), se podría hablar de estigmas internalizados, como ocurrió en la experiencia de AL cuando se enteró que su hermana consumía drogas: “mi familia la atacaron mucho, hasta yo misma ¿no? o sea yo misma la atacé en algún momento, decía ay que no manches ¿no? cómo vas a ser una drogadicta y la señalamos”.

4.2.1 *Estigmas generizados*

Como se visualizó hay múltiples tipos de estigmas y discriminaciones que recaen sobre las personas usuarias de drogas, sin embargo éstos se acrecientan si se trata de mujeres. En palabras de M,

yo creo que todas las mujeres somos mal vistas en consumo, somos más juzgadas que un hombre (...) yo sé que por ser mujeres somos muy juzgadas. (...) vivimos en una sociedad machista, o sea yo creo que todavía es una sociedad machista y ciertas cosas que haga el hombre no son mal vistas, porque es hombre. Y una mujer, cómo vas a ver a una mujer tirada moneándose con sus dos hijos al lado. La ven y dicen es una madre irresponsable, pero ves un padre que cada que cobra va y se pone alcohólico y no le dicen nada.

Hay una recriminación extra si además de ser mujer usuaria de drogas, se es madre y se pone en jaque los mandatos de género hegemónicos que dictan las pautas de lo que es ser una “buena mujer”, que engloba los roles maternos y de esposa, con las consecuentes tareas domésticas y de cuidados que éstos acarrearán.

AL también ha sentido una recriminación particular por el hecho de ser mujer usuaria de drogas, que se ha entremezclado con la jerarquización de las sustancias. Así un hombre alcohólico está por sobre una mujer drogadicta, “el que tú seas drogadicta lo ven más feo a que si se es un alcohólico, o sea como que un alcohólico es súper distinto, hasta cierto punto es mejor”.

4.2.2 *Estigmas desde profesionales de la salud e instituciones*

Los profesionales de la salud no quedan ajenos a este tipo de señalamientos y estigmatizaciones, los cuales P ha experimentado

...a mí me parece que muchos son faltos de ética, (...) pues es obvio que si eres psicólogo, y más en adicciones, pues tienes que escuchar cosas fuertes ¿no?, y yo a veces siento que cuando empiezas a platicarles “que esto y que lo otro, que no sé quién”, veo sus caras y pues en vez de como darte confianza, o que te puedas relajar pues ¿no? abrir temas, para contar tus cosas, pues no, porque te ven así... de hecho con la que me atendía en el centro de salud (...) de plano fue como un repudio ¿no? como que le parecí no sé... de lo más nefasto, o sea yo sentía eso ¿no? me hizo sentir así, entonces pues desde ahí... pues la señora, creo que yo le voy a causar un trauma

ella (...) tú les dices pues “es que me prostituí por drogas o es que éste pues no sé... tengo una hija y me sigo drogando”, cosas que la mayoría de las mujeres no hacen, pues es así como como que les sobresalta. (...) ahorita con XXX (refiriéndose al psicólogo tratante actual), pues no he sentido eso, no sé... me escucha (...) entonces esa parte me ha ayudado, para no sentirme tan mal (...) tan culpable.

El estigma también traspasa y actúa en otro tipo de instituciones, como las de justicia y otros organismos sociales, como la experiencia que ha tenido A con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que le ha negado las visitas a su hija

porque soy una prostituta, una drogadicta y una alcohólica y porque supuestamente estábamos en situación de calle” (situación que ella desmiente) (...) solicité una prueba de exámenes de sustancias, un perfil toxicológico este... para ir al DIF. Ya con ese perfil, ya puedo ir a solicitar esas visitas.

En este caso ocurre algo similar al que interroga la experiencia de M, en cuanto a la aplicación de pruebas antidoping en el contexto laboral, ya que si bien debe haber una protección a los derechos de la niña, el examen toxicológico es discriminatorio, pues el resultado puede aparecer positivo varios días después del consumo. Si bien debe haber un seguimiento, negarle el ver a la niña o supeditar las visitas al resultado del examen, puede constituir una vulneración de derechos.

Las instituciones asumen que una mujer que usa drogas queda inmediatamente inhabilitada para ejercer su derecho a la maternidad. Es posible observar lo que Link y Phelan (2001) denominan “estigma estructural” o “estigma institucional”, que no hace más que perpetuar y amplificar la exclusión social de las personas estigmatizadas, dificultándoles aún más el poder salir del círculo de marginación.

Por otra parte, es recurrente la estrecha relación que se traza entre las mujeres usuarias de drogas y la promiscuidad, así lo generaliza M “...digamos que todas las mujeres en algún momento que consumen, bueno no voy a decir todas, pero la mayoría que consumen llegan a venderse ¿no?”, siendo que hay muchas de ellas que

trazan una barrera ante el comercio o intercambio sexual por drogas, como lo han señalado AL e incluso la misma M, “yo soy alguien que siempre dije que en mis principios nunca ha estado eso, en mis principios de drogadicta ¿no? se escucha muy irónico, pero yo la verdad nunca he llegado a eso y no me gustaría llegar”.

Ha sido en los propios dispositivos “terapéuticos” donde han recibido estos cuestionamientos a su sexualidad. A AL le ocurrió cuando asistía a alcoholicos anónimos

...decían que yo tenía que trabajar mi alcoholismo y mi sexualidad ¿no? porque había tenido yo muchas parejas (...) yo les decía que no, que eso es normal ¿no?, (...) después de mi esposo (...) no porque haya tenido varios novios eso quiere decir que yo sea una piruja. Yo no me siento así, pero decían que sí “que cómo voy a cambiar de pareja como cambiaba de calzón”, pues yo no y ya me decían que pues que tenía que dejar de beber porque estaba destruyendo a mi familia.

Mientras que en el caso de P, ha sido su terapeuta, particularmente psicólogo, quien le ha realizado señalamientos respecto a su sexualidad “es que tú eres muy intensa, te gusta tener sexo y aparte tener sexo intenso ¿no?”, lo que se aleja del ideal de no emisión de juicios que, éticamente, debiese regir la labor psicoterapéutica.

Por otra parte, la experiencia de A resulta enriquecedora en la medida que puntualiza que, más allá de las diferencias de género en el trato de las personas usuarias de drogas, lo que prima es un tema de clase. En sus palabras “ah claro, no es lo mismo una prostituta que vaya a consumir que un señor que vaya a consumir. Pero igual, con el dinero baila el perro, mientras tengas dinero te la van a vender”.

V. Procesos de salud-enfermedad-atención

5.1 Los caminos para la atención y redes de apoyo

Cuatro de las cinco mujeres entrevistadas vivían su primera experiencia en tratamiento profesionalizado para abordar su uso de drogas. Dos de ellas declaran haber asistido a grupos de alcohólicos anónimos, pero no los consideran tratamientos como tal, existiendo una suerte de devaluación por parte de AL hacia dicha experiencia.

En cuanto a sus redes de apoyo son escasas, lo que se condice con los hallazgos del estado de la cuestión que señalan este factor como una barrera para que las mujeres accedan a tratamiento (Fuentes de Iturbe, 2011).

En el caso de V siempre ha recibido el apoyo de las mujeres de su familia.

Mi hermana y mi mamá siempre me han tratado de ayudar. La que me puede acompañar, o quiere más bien, es mi mamá, porque mi papá como que sí siento que se molesta de traerme, o sea, sí me acompaña y todo pero como que se enoja.

Similar es la experiencia de M, quien recibe el apoyo de su madre, algunas amigas y primas, “mi familia está enterada, o sea no al 100%, pero también toda mi familia es “¿cómo vas?”, “¿cómo te sientes?”, “si tienes algún problema, o te sientes con muchas ganas de consumir márcame”.

El apoyo, tanto en A, P y AL, está circunscrito a sus parejas. En las dos primeras porque no cuentan con más personas o redes, mientras que en la segunda ha primado el secretismo respecto a su consumo y tiene temor o vergüenza de que más personas se enteren.

La escasez de apoyo en el tratamiento podría empeorar el pronóstico del mismo. Tal como lo señala la evidencia, quienes cuentan con soporte social durante

su tratamiento tienen mayores probabilidades de completarlo de manera satisfactoria. Asimismo, se ha postulado que las mujeres que cuentan con mayor apoyo y redes sociales utilizarían menos drogas ya que contarían con más herramientas y soporte para enfrentar los eventos estresantes de sus vidas (Fuentes de Iturbe, 2011).

En lo que refiere a sus motivaciones, para ingresar a un tratamiento institucionalizado, son diversas como puede observarse a continuación.

5.1.1 Ya pues, me trajeron

En el caso de V, que al momento de la entrevista llevaba dos semanas de tratamiento, destaca cierta pasividad en la decisión de incorporarse a tratamiento. Como se mencionó, su caso difiere del resto en el sentido de que su patrón de consumo no cumple con las condiciones para ser catalogado propiamente de dependencia, y su ingreso a tratamiento estaría más bien gatillado por un posible episodio psicótico.

Ese día, cuando se desató todo, pues yo sentí como que iban a atacar a mis hijas, que me las iban a arrebatar, que les iban a hacer algo y mi mamá entonces (...) habló conmigo y fue una paramédico para verme y ya me trajeron aquí (...) y ya me mandaron a medicina.

A pesar de esta aparente pasividad, V sí había presentado cuestionamientos respecto a su práctica de consumo de marihuana y había hecho algunos intentos, aunque infructuosos, para dejar de fumar. Una de sus motivaciones para ello es la búsqueda de autonomía y su rol materno,

cómo voy a estar todo el tiempo dependiendo mi felicidad de una sustancia, veía a mis hijas y decía después al rato cuando crezcan a poco voy a seguir fumando y apestando a marihuana (...) no quiero depender de una sustancia para poder ser feliz o para hacer las cosas.

5.1.2 *No sentía que fuese un problema*

La asistencia a la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza también es la primera experiencia de A en tratamiento. Uno de los primeros pasos, para la problematización de su consumo, fue cuando el traficante que le vendía el cristal le señaló que consumía mucho. Ello coincidió cuando el DIF le quitó la custodia temporal de su hija, en septiembre de 2019, y la derivó para ingresar a tratamiento.

Hasta antes de eso, A nunca había sentido que su consumo de drogas fuese un problema. Fue a raíz de la problematización institucional que le plantea el DIF que ella se interroga por la posibilidad de ingresar a tratamiento.

No quiero dejar a mi hija sola, aunque ahorita está solita y yo sé que ella está sufriendo más que yo, aunque es más fuerte que yo, y esto va a servir para las dos, esto también tiene que servir para las dos. Y sé que al final, todo el esfuerzo que yo voy a poner de mi parte, va a servir. No puedo caer otra vez y menos con cristal (...) estaba destrozando a mi hija (se emociona) (...) Ella me gritaba drogadicta y alcohólica cuando tenía 4 años (llora). Yo voy a hacer lo posible para que ella sea una mejor persona, porque ella no siga esta línea, este patrón, porque no siga esta maldición. Yo juré por mi hija que yo no volvía, que yo no volvería a fumar eso

El caso de A se complejiza al entrecruzarse con el comercio sexual, actividad que también desempeñaba su madre y en la cual la inició, por eso su anhelo para romper esa maldición no se refiere sólo al consumo de drogas sino también a ese patrón transgeneracional de comercio sexual que la alcanzó tanto a ella como a su hermana. Se evidencian así tensiones en torno a sus expectativas del rol materno, donde mantiene una actitud crítica hacia la negligencia y vulneración que recibió por parte de su madre, pero le ha sido difícil apartarse de dichos patrones, replicándolos en cierta forma en su propia experiencia como madre, de la cual también es autocrítica.

Una de las grandes motivaciones, que refieren la mayoría de las entrevistadas, para dejar el uso de drogas son sus hijas/os, ya sea cuando se enteran que están

embarazadas, por el temor a perder su custodia, o bien para recuperarles como es el caso de A. En este sentido se podría decir que la maternidad actúa como un factor protector ante el consumo de drogas, aunque no siempre es así¹⁸. La custodia y cuidado de las/os hijas/os es un nodo central pudiendo actuar, como en este caso, como un aliciente para ingresar a tratamiento pero, en otros, precisamente como lo contrario pues el miedo a perder a las hijas/os puede constituirse como una barrera para acudir a los servicios de salud. Asimismo, el hecho de que los servicios no se encuentren adaptados para recibir a mujeres con hijas/os (como servicios de guardería infantil) también constituye una barrera de acceso a tratamiento (Fuentes de Iturbe, 2011).

5.1.3 La importancia de la integralidad y extensión de los tratamientos

Por su parte, M es quien tiene mayor trayectoria en tratamientos de diversa índole. Dentro de sus motivaciones para haber solicitado ayuda se encuentran su familia y ella misma, para retomar su carrera profesional.

Previamente había estado hospitalizada en el mismo recinto, dos de los diez días que dura la internación. Asistió a un centro de integración juvenil, solo uno o dos meses, en octubre del 2018. También estuvo en una clínica llamada Oceánica que era un programa piloto de carácter ambulatorio intensivo (atenciones diarias de 9 a 19 horas).

Ahí en Oceánica era mi contención, sino con el medicamento me la pasaba durmiendo. Estaba todo el día, en la mañana tenía clases de inglés, narcóticos anónimos, tenía junta grupal, con la psicóloga, me atendía igual con médicos, prevención de recaídas, tenía hasta yoga. (...) Era gratuito (...) estuve de noviembre del 2018 a enero de 2019 porque la cerraron (...) no sé qué cambio hubo, que ya no quisieron seguir pagándolo.

¹⁸ Como se mencionó en el caso de V, donde la maternidad resultaba altamente estresante y la llevó a aumentar su consumo de marihuana como modo de enfrentamiento al estrés.

De la experiencia de M se desprende cómo el factor económico puede ser crucial a la hora de determinar la trayectoria de atención de una persona, en este caso el cese del financiamiento implicó que M fuese derivada, con las implicancias terapéuticas que ello acarrea. Por otra parte, resalta la importancia de un tratamiento integral que mezcle distintas estrategias terapéuticas. Enfatiza que en Oceánica tuvo su contención, en contraposición de la terapia meramente farmacológica, que recibió en otros centros de tratamiento, que solo la hacía dormir.

Posterior a esa experiencia en Oceánica, fue derivada a una clínica CAPA¹⁹, lugar en que sólo recibía atención psicológica y de donde la derivaron al actual centro, en el que lleva un año aproximado de tratamiento, asociando la efectividad del tratamiento con la extensión del mismo,

aquí vengo a la terapia individual, a la terapia grupal. La terapia grupal es semanal, la individual vengo regularmente cada 15 días con psicóloga. Tengo cada mes mi cita con el psiquiatra y es el que me da los medicamentos, me evalúa. Y con medicina, con el médico cada vez cada mes (...) el que más me ha ayudado es este, es aquí. Los demás como han sido más de paso... o sea este y el de CAPA, que es donde llevo más tiempo, la verdad es donde yo he visto que me han ayudado más, ha funcionado y he estado mejor.

5.1.4 En búsqueda de un tratamiento individualizado

En la experiencia de P ella declara que es la primera vez que asiste a un tratamiento como tal.

Fui como dos veces a unas pláticas de alcohólicos anónimos, porque tengo la tía que es madrina y me invitó, pero no me gustó (...) empecé a escuchar que entre ellas se criticaban (...) y dije "bueno, entonces pues cuál es la confidencialidad o cuál es el apoyo o cómo es, vienes, pláticas para que al final pues te juzguen o te estén ahí mal viendo, (...) y también por lo mismo, pues que se me hace medio tedioso estar como una hora escuchando.

En su experiencia resalta el desagrado que le generan las terapias en su modalidad grupal, ya que ha visto cómo las personas asistentes se critican y juzgan

¹⁹ Centro de Atención Primaria a las Adicciones, brinda atención ambulatoria de especialidad en ambientes no hospitalarios.

entre ellas, en lo que podría postularse como una internalización de los estigmas, o adopción de los discursos sobre las drogas (Ibáñez, en Muñoz, 2011).

El tratamiento actual contempla la asistencia obligatoria a 10 sesiones de terapia grupal para poder ingresar recién a la psicoterapia individual. Si pensamos en la diversidad de personas que asisten a tratamiento y en que pudiesen haber más mujeres, que como P, no se sientan cómodas en dichos formatos, éste podría ser un factor de desmotivación, o de deserción del tratamiento.

De por sí P se muestra bastante ambivalente respecto a querer modificar su patrón de uso de sustancias. El placer que siente al drogarse es intenso,

si fuera por mí ya no me gustaría estar aquí, pero pues lo estoy intentando para estar con ella (refiriéndose a su hija de 16 años) (...) siempre me he detenido como por mi hija, como le dije a ella “de enseñarte que hay otra vida, que no solamente pues esto ¿no? lo que has vivido conmigo, y yo quiero enseñarte que hay más, por eso quiero rehabilitarme, dejar de consumir (habla como dirigiéndose a su hija, muy emocionada y llorando), (...) no me gustaría que le pasara ni una sola cosa de lo que a mí me ha pasado.

A pesar de las dificultades actuales que tiene P para cesar el uso de crack, ella ha logrado amplios períodos de su vida sin consumo, siendo el más extenso cuando estuvo embarazada y los primeros ocho años de su hija. Cabe destacar cómo ella autogestionó su proceso de desintoxicación de manera absolutamente autónoma y al margen de los servicios de salud.

Me acuerdo que me la pasé los primeros meses que estuve embarazada, pues sí me revolcaba muy fuerte porque pues sí tenía mucha ansiedad, aparte del embarazo, la desintoxicación, porque nunca fui a un tratamiento ni nada, o sea yo solita agarré y me encerré en mi cuarto y me revolqué hasta que se me fue pasando... se me fue pasando la ansiedad y hasta que fueron pasando los síntomas del embarazo, las náuseas y ya... pude pues estar bien y ya ver mi embarazo como algo bueno.

5.1.5 Entre la profesionalización y otros rezos

Para AL su asistencia previa a dos grupos de alcohólicos anónimos tampoco constituyen experiencias de tratamiento. Ello puede tener múltiples interpretaciones,

que no necesariamente son excluyentes. Por una parte puede deberse a la división que ella realiza entre las sustancias legales, principalmente alcohol, y las drogas ilegales; en los momentos en que asistió a los grupos su consumo de piedra era incipiente y no fue abordado.

Una segunda lectura puede estar asociada a que los grupos a los que asistió eran de autoayuda y no contaban con orientación profesional, elemento que para ella tiene una valoración importante. Por el contrario, la ayuda ofrecida en los grupos de alcohólicos anónimos consiste en “ir a escuchar testimonios de los mismos alcohólicos que ya están rehabilitados, cómo llegaron ahí, cómo han logrado dejar el alcohol y todo lo que han pasado”.

Otra razón para no considerar dichas experiencias como tratamiento puede ser el hecho de que su estancia en esos grupos no obedecía a una motivación personal, sino más bien fue presionada por un externo, “la verdad fui porque mi papá me obligó ¿no? me agarró y dijo tienes que ir, como que es una regla para que vivas en mi casa (...) entonces yo fui así, así como para que no esté chingando mi papá” (en ese entonces AL quería separarse de su marido y no tenía donde vivir).

Finalmente su descrédito a estas experiencias podría estar dado porque precisamente las recuerda como negativas, dado los malos tratos que recibió allí, los cuales serán profundizados en los siguientes apartados. En función de ello, AL ha buscado otras alternativas adicionales al tratamiento, como la asistencia a la iglesia la cual podría ser considerada bajo el modelo de auto-atención que propone Menéndez (2003), generando así transacciones y complementariedades con el modelo médico hegemónico representado por el centro de tratamiento.

Lo que llevó a AL a solicitar ayuda profesional fue la sensación de pérdida de control en torno al consumo, con las consecuencias económicas que traía aparejada,

aunado al deterioro físico y el temor de empeorar como le ha sucedido a sus amigas que han perdido hasta a sus hijos, “quiero que me ayuden gente que tiene estudio, o sea bueno no que tiene estudios, pero sí que son especialistas en el problema que yo tengo”.

5.2 Relación con las instituciones de salud o tratamiento

En lo que respecta a los servicios de tratamiento, se observan diferencias de género en cuanto a la escasez de oferta de tratamiento específicos para mujeres que señalan algunas de las entrevistadas,

hay más grupos para hombre, o sea siempre es alcohólicos anónimos, o sea siempre es para los hombres, todo va dirigido para los hombres y a las mujeres pues como que no nos tienen en un grupo aparte, siempre nos juntan con los hombres (...) o sea también aceptan a mujeres, pero siento que todo va dirigido para los hombres (M).

Asimismo todas declaran sentirse más cómodas asistiendo a un grupo de tratamiento que sea específico para mujeres, aludiendo a que se sienten con mayor confianza para participar y exponer temas de carácter más íntimo; ya sea porque han tenido experiencias previas en grupos mixtos o porque realizaron el ejercicio de imaginar cómo sería.

Entre mujeres tenemos más confianza. Entonces yo en este grupo me explico más (...) de lo que me pasa en mi vida sexual, en todo ¿no? Y cuando me tocaba en una junta grupal (...) con hombres, pues si te da un poco de pena ¿no? decir ciertas cosas (M).

También se alude a la falta de respeto que pueden infringir los hombres en estos contextos “...a veces no me gusta esta parte que nos tengamos que segregar, porque yo pienso que deberíamos de poder estar juntos ¿no? pero pues también es que a veces no hay respeto” (P), en términos de burlarse de los contenidos vertidos en el grupo o bien derechamente prácticas de acoso. “Yo siento que las mujeres... bueno yo me siento más segura” (AL).

De este modo, el que el tratamiento sea específico para mujeres es visualizado como un aspecto que lo facilita. También la voluntariedad para incorporarse al tratamiento se ve como un factor coadyuvante, como relata M “he tenido la oportunidad de buscar, no que mi familia busque o encuentre cualquier lugarcito que le dijeron que no saben qué tan efectivos o qué tan profesionales son”. La profesionalización del servicio también es valorada positivamente, así como también el buen trato y respeto a ellas como pacientes y sus derechos. Otro factor que facilita en gran medida el tratamiento es la gratuidad del mismo, “agradezco porque un tratamiento como éste es caro, y de hecho los medicamentos, una simple terapia psicológica son 300, 400 pesos, me parece bueno” (P).

En su contraparte, dentro de los factores que entorpecen el tratamiento destacan las dificultades en términos accesibilidad geográfica y la peligrosidad en el trayecto²⁰, como se visualiza en la experiencia de V, “está un poco retirado de mi domicilio. Entonces como que estaba un poco peligroso el trayecto, pues me han estado acompañando, pero sé que en cierto punto ya no me van a poder acompañar”.

También el hecho de que no todas las personas asistentes lo hagan de manera voluntaria, donde no necesariamente existe motivación por cesar el consumo de drogas, puede interferir el proceso de otras personas del programa que sí quieren dejarlo, como lo expresa M “yo prefiero ahorita juntarme con las personas que venimos a un fin, no a nada más a calentar la silla como a veces los de medidas cautelares”. Desde ahí es cuestionable el ingreso forzoso a tratamiento y la continuidad que existe entre los dispositivos penales y terapéuticos, reflejado muy patentemente en la presencia de un policía al entrada del centro.

²⁰ Durante el desarrollo del trabajo de campo también experimenté dos situaciones de acoso callejero en las inmediaciones del centro.

Por su parte, P manifiesta la necesidad de mayor periodicidad en las terapias psicológicas y cobertura en general, debería haber “más acceso, más clínicas como éstas, pues creo que sí hacen falta, (...) hacen falta como tres pisos más, porque no hay cabida para tantas personas”.

5.2.1 Vulneraciones de derechos hacia las mujeres usuarias de drogas

En general todas las entrevistadas se mostraron satisfechas con las atenciones que estaban recibiendo en su tratamiento actual y la calidad del servicio, y las situaciones de malos tratos reportadas solían referirse a experiencias de tratamientos pasadas. Aun así fueron detectadas algunas prácticas que podrían constituirse como vulneraciones a los derechos de las personas usuarias de drogas y del sistema de salud.

Una de ellas, que se puede consignar como recurrente, es el desconocimiento del diagnóstico y/o tratamiento. En general las entrevistadas no sabían para qué servían los medicamentos que estaban tomando ni el diagnóstico para el cual estaban indicados, o bien conocían el nombre del diagnóstico pero no sus implicancias. Asimismo tampoco les son entregados los exámenes realizados, como plantea P,

...yo quería que me dieran pues mi encefalograma, nunca me lo dieron, tuve que ir acá, tuve que ir allá y ya no te dan nada de los estudios que te hacen y yo creo que eso es un abuso porque, pues al fin de cuentas, son tuyos.

También es común la medicalización en los procesos de tratamiento. Tal como refiere A, a propósito del diagnóstico de borderline que le entregaron sin mayores explicaciones de qué trataba, “es algo con lo que he tenido vivir toda mi vida, sólo le dieron una etiqueta, pero para mí las etiquetas nunca han existido. También podrían haber dicho que soy lesbiana (risas) es más, lo soy (risas)”. Destaca también que las cinco entrevistadas tienen tratamiento farmacológico, esa es la respuesta institucional

para paliar el síndrome de abstinencia y otros malestares. Se mitigan las consecuencias indeseadas que conlleva el cese del uso de las drogas ilegales, mediante la entrega de drogas legales. Este reemplazo de drogas tiene un impacto diferenciado en cuanto al estigma, ya que los fármacos psiquiátricos no sufren de la condena social que las drogas ilegales; pero también hay consecuencias en términos de los patrones de consumo, los que no necesariamente se tornarían más saludables, ya que muchas de las drogas psiquiátricas son también altamente adictivas y tienen una serie de efectos secundarios y no deseados.

En cuanto a la atención psiquiátrica destaca también la diferenciación entre el tipo de atención recibida por dichos profesionales y las otras atenciones que contempla el tratamiento. Existe una crítica a lo breve que es la atención y la ausencia de un trato más comprensivo o empático, en contraposición a la atención psicológica. Tal como refiere P “el psiquiatra que me tocaba era así como muy serio y nada más era así como “nada de cómo te sientes”, sino que “te estás tomando el medicamento, sí, no”. El estamento médico ejerce cierta autoridad a la que las usuarias del programa no quedan ajenas, en palabras de A “uno psicológicamente piensa que por la bata blanca te quedas así (gesto de paralizada)”.

Esa misma autoridad médica y la intimidación que genera, aunado a la naturalización de las violencias, podría estar a la base de que muchas veces no se denuncien situaciones de abuso, como la que relata V,

cuando vine la primera vez con un doctor como que siento que me agarró los pechos, así como que ni siquiera tenía por qué agarrarme ¿no? según me tomó la respiración y así, pero pues no, (...) me pidió que me levantara la blusa y me agarró, (...) pero pues ya no lo dije ¿no? (...) entonces ya no quiero ir, pues si me van a estar agarrando, tratando mal. Pues ya después vine a terapia y pues ya vi que venía con puras mujeres y ya después fue que me animé más a venir.

Respecto a las experiencias en tratamientos pasados, varias declaran haber sufrido malos tratos y discriminación por parte del personal de salud, principalmente

P quien tuvo malas experiencias con servicios de salud primarios o no especializados en la temática de uso de drogas;

en el centro de salud que está por mi casa, ahí también sufrí se puede decir que discriminación y rechazo por parte de la psicóloga, porque pues le empecé a platicar cosas así... y fue así como de “¿cómo?, ¡ay!” y como que se espantó la señora y pues me sentí mal, o sea en vez de hacerme sentir bien, me sentí mal. (...) Hay falta de ética, a veces son groseros, son este... intolerantes ¿no? (...) me tocó ver apenas aquí cuando vine a lo de los laboratorios, la química (...) tuvo una manera despectiva y grosera de tratarnos (...) creo que sí hace falta, hace mucha falta que se le de a las instituciones un poco más de esta parte de humanización, de ser más humanos, de tener mejor trato con las personas, porque la mayoría no lo tiene. Llegas a un hospital o llegas a un lugar así de salud y es un trato pues pésimo, no es malo, es pésimo. No generalizo porque por ejemplo aquí no me han tratado mal, o sea pero hasta ahorita he tenido apoyo.

Es posible observar, por una parte, experiencias ligadas al incumplimiento de los derechos de las pacientes, de las cuales no hay mayores nociones por parte de las entrevistadas, precisamente por el desconocimiento de sus derechos como usuarias del sistema público de salud; y por otro aquellas situaciones que contravienen de manera más grave sus derechos, como los malos tratos y violencias a las que hicieron referencia V y P. Ante dichas experiencias, si bien existe conciencia de la vulneración de derechos, las mujeres no han tomado acciones, lo que puede responder a diversas razones, entre las que se pueden conjeturar las siguientes: minimización de las violencias institucionales, conciencia de la asimetría de poder ante el estamento médico e institucional y sensación de indefensión ante la misma, o bien asunción e interiorización de los estigmas que se encuentran a la base de dichas violencias; aun cuando sería necesario profundizar en aquello.

5.2.2 El castigo ejemplificador de los anexos

Los anexos representan los casos extremos, en términos de vulneración de derechos, en el amplio espectro que componen los lugares para abordar la dependencia a las drogas y que en México no están unificados a través de directrices

de la política pública y tampoco están lo suficientemente fiscalizados²¹. Si bien ninguna de las entrevistadas ha estado en un anexo, todas ellas conocen experiencias de personas cercanas que han vivido malos tratos, por lo tanto existe temor de llegar a esos espacios; se conceptualizan muy negativamente y carentes de efecto terapéutico por quienes pasan por ahí, al contrario, "salen peor" (AL).

Lo anterior se condice con lo hallado en el estado de la cuestión referente a que, al ser espacios escasamente fiscalizados, son caldo de cultivo para maltratos y abusos hacia los pacientes de múltiples maneras (Zamudio *et al.*, 2015).

Sé que son lugares según donde te rehabilitan (tono irónico), porque conozco mucha gente que ha entrado y sale peor (entre ellas su hermana), pero pues te tratan bien mal, te golpean, mmm abuso sexual, duermes en el suelo, casi no comes... bueno te dan comida que ni sirve y este pues... algún pedo que hacen para que te desintoxiques y pues aprendas a valorar todo lo que tu familia hace por ti y tú no lo valoras (AL).

Al papá de mi hija lo internaron y bueno llegué a entrar de visita y pues son lugares que están como en hacinamiento, es como tipo cárcel, meten a muchas personas en un cuarto, no les dan cama, a veces hay hasta tortura. También en el de mujeres, he sabido pues he platicado con mujeres, pues que las han metido igual en anexo y las traen cargando cubetas o paradas en el sol, es como que las torturan, como castigo, o sea si eres viciosa te vas a estar aquí cargando cubetas todo el día o no vas a poder dormir, o te vas a quitar los zapatos y vas a andar descalza y yo me imagino que muchos abusos... nunca he estado, más que de visita (P).

De este modo los anexos se vuelven lugares indeseables para estas mujeres y buscan evitar llegar ahí, no siendo una opción que contemplen al momento de querer buscar ayuda para abordar sus usos de drogas, prefiriendo alternativas como el actual centro al que asisten.

Se visualiza una noción de castigo que media el tratamiento, similar a la que experimentó AL tras su paso por alcohólicos anónimos, donde se da mucho énfasis a lo sacrificial culposo en su abordaje.

Me sentí atacada, me sentí agredida. Yo le decía a la madrina yo vengo a que me des un consejo, no a que me ataques. "No seas culera" me hablaban así, (...) "y lo tienes que revivir día a día para que te cueste, para que te cueste como llegaste aquí, y

²¹ De los más de 3.500 centros de tratamientos existentes en el país, sólo 354 están acreditados por la Comisión Nacional contra las Adicciones.

recuérdalo hija de tu pinche madre y no te hagas pendeja” y así me hablaban. En los grupos como que tienes que doblegarte para que te muestres arrepentida de lo que hiciste.

Los maltratos generan renuencia a que las personas busquen un nuevo tratamiento y las aleja de los servicios de salud. Asimismo, las sanciones y condena social que reciben las personas usuarias de drogas actúan como un castigo ejemplificador dirigido, más que a disuadir a los consumidores, al resto del entramado social. “Se basa en que las gentes honradas sientan a la vez temor (ante la perspectiva del estigma) y placer (viendo castigada la desviación)” (Escohotado, 1998b, p. 359).

Como se ha podido observar hay una diferenciación entre las distintas modalidades de tratamiento y tipos de centros (públicos, privados, anexos, con atención profesional, de autoayuda, etc.), mediando una intersección de clase respecto al tratamiento al cual se puede acceder²², y los impactos diferenciados en cuanto a los buenos/malos tratos de las diversas praxis terapéuticas. Sin embargo, ninguno de los tipos de centros está exento de propinar malos tratos ni agudizar la estigmatización a sus usuarias/os, la diferencia radica en que en algunos -como en los anexos- la vulneración de derechos es sistemática (Zamudio *et al.*, 2015). y opera como una política institucional, mientras que en otros se dan como casos aislados.

5.3 Prácticas de agenciamiento del uso de drogas

Así como existen distintos tipos de centros de tratamiento, dentro del uso de drogas, existe un amplio espectro de modalidades de consumo y tipos de personas usuarias. Sin embargo, el paradigma hegemónico del prohibicionismo, sustentado en

²² Durante la búsqueda de centros de tratamiento para realizar el trabajo de campo se elaboró una base de datos, donde también se contemplaba como dato la mensualidad que debían pagar las personas para acceder, fluctuando entre los \$4.500 y los \$75.000. La minoría de los establecimientos eran de carácter gratuito.

un modelo de enfermedad, plantea la adicción a las drogas como un absoluto, donde necesariamente las personas que prueben drogas desarrollarán una adicción, en un modelo lineal e irreversible, donde lo que se espera es un empeoramiento progresivo del cuadro que sólo puede detenerse pero no curarse, el clásico “se es alcohólico de por vida” de los modelos de alcohólicos anónimos de los 12 pasos (Lapetina, 2001).

Del lado de las experiencias de las entrevistadas se encuentra que el uso de drogas no es un proceso lineal y existen periodos de fuerte consumo, otros más estabilizados y lapsos variables de abstinencia. En ese abanico de posibilidades las personas hallan las formas de gestionar su consumo y compatibilizarlo, cuando no es tan severo, con las otras esferas de su vida. En este sentido puede haber dependencias leves, moderadas y graves, y éstas pueden encontrarse estabilizadas o no.

Las usuarias de drogas realizan, dentro de su repertorio de conductas o ritos de consumo, una serie de acciones que podrían ser interpretadas desde la agencia que tienen, con miras a modificar, perpetuar o subvertir determinadas prácticas o situaciones (González, 2018).

Dentro de las acciones para gestionar el consumo es posible encontrar aquellas tendientes a intensificar los efectos de las sustancias, a controlar el “viaje” y otras medidas que tienen que ver con el cuidarse de la exposición y el riesgo de ser descubiertas bajo los efectos de las drogas, con el fin de evitar las consecuencias negativas que esto pudiese acarrear (señalización, discriminación, problemas legales, violencias, entre otras). En ese sentido, la mayoría de las usuarias evita consumir drogas en lugares públicos, principalmente por temor a la policía, pero también por la recriminación social, o el que se se interprete su uso de drogas como disponibilidad

sexual, o bien por el mismo efecto de algunas sustancias que provocan sensaciones paranoides y de persecución.

Por ejemplo, V cuando consumía marihuana utilizaba gotas para ocultar el rojo de sus ojos y que las personas no notaran que había fumado. También reducía las ingestas de comida para alargar el viaje “si como, pues se me va a bajar, entonces dejé de comer, ya no comía tanto”.

Otra práctica de resguardo que AL implementaba para gestionar su uso de drogas era ir temprano a los lugares de consumo, “no iba en las noches ¿no?, porque sino en la noche se ponía pesado”, así como también mandar a comprar sus drogas para no ir directamente al punto de venta. Todo ello para evitar eventuales situaciones de violencia y agresión sexual. En cuanto al cuidado legal, AL señala “en mi bolsa jamás cargo nada, nunca nunca nunca jamás la porto (la droga) me da mucho miedo no sé... el tener problemas legales, que llegue una patrulla”.

M, en los inicios de su consumo de marihuana a modo de mitigar los riesgos del mismo comenzó a llevar un registro, “llevaba como el punteo de que “ya llevo como un mes fumando”, “ya llevo una semana”, hasta que después perdí el tiempo de cuánto llevaba fumando, porque yo sabía que después se hacía una adicción, o sea yo estaba consciente de que generaba una adicción”. Si bien no pudo alcanzar el control que pretendía, había una intención clara y consciente de querer moderar su consumo.

Una práctica común a todas las usuarias, exceptuando V que es la única no policonsumidora, es el ir intercalando sustancias según sus distintos efectos ya sea para potenciar, mitigar o buscar la sinergia entre éstos. En algunos casos, como el de M, también media un factor económico al momento de combinar las sustancias, ella elegía

el activo pero como para querer bajar el efecto de tanta cocaína. A veces yo no tenía dinero para comprar y pues quería seguir consumiendo, y pues compraba una lata de activo para bajármela y poder como tranquilizarme esa desesperación que sientes de querer seguir consumiendo.

En paralelo, M no escatima en gastos en su uso de marihuana pues busca privilegiar la calidad de la sustancia,

regularmente compro en Tepito y ahí es marihuana que no es así como casera, es marihuana buena se podría decir, porque incluso un gramo a veces me ha costado hasta \$20 y he llegado a comprar de la hidropónica de \$150 o \$200, o sea sí le busco.

También la elección de las sustancias podría decirse que está mediada por cierta reflexividad en torno al autocuidado, como se observó en el apartado de significación y funciones de las drogas y como refleja el caso de A:

nunca me han gustado los alucinógenos, me da miedo (risas), porque no me gusta alucinar, o sea perder la noción, de esa manera no, porque dicen que el LSD como que te (hace gesto de salirse de sí misma o volverse loca, risas). Me da miedo despertar en Acapulco, o en otro pinche estado, o en otro país, imagínate (risas).

Existe en A noción de los contextos de riesgos en los cuales se desenvuelve y la elección de ciertas sustancias, que le permitan permanecer consciente y no perder el control de la situación, es su manera de cuidarse. Sin embargo, a pesar de ello, A igual ha tenido experiencias de sobredosis, ante lo cual también ha desarrollado estrategias para sobrellevarlas

tuve una sobredosis de alcohol este... cómo se llama... cuando te da la chiripiolca²³ (risas) de tanto alcohol, que se te pegan los cables (...) me estaba muriendo ya (...) me eché unas gotitas de alcohol en la nariz y un chorro de leche.

Continuando con la experiencia de A, otra práctica de cuidado en el consumo de drogas es tener su propia parafernalia, en este caso su propia pipa. El compartir dichos elementos aumenta el riesgo de infecciones como la hepatitis o VIH/SIDA (Muzzio, *et. al*, 2010). Aunque podría cuestionarse si esa era la intencionalidad de esa práctica o más bien se vinculaba con el hecho de que en Ciudad de México no es

²³ En alusión al término que empleaba Chespirito en sus programas de televisión, que representaba una especie de ataque epiléptico.

común el uso de cristal, en los fumaderos que frecuentaba, y no habían más usuarios que usaran el mismo tipo de pipa.

El mercado de las drogas, al ser en gran parte ilegal, implica también una serie de desafíos y riesgos para el aprovisionamiento. Las trabas legales que se imponen a la accesibilidad hace que las personas usuarias de drogas busquen distintos modos de adquirir sus sustancias, llegando a utilizar estrategias que incluso se sirven de los servicios de tratamiento, como fue la experiencia de P “algún tiempo como de más niña, 16, empecé a ir a un centro de integración juvenil pero no iba realmente porque me quería me quería alivianar sino (...) lo que hacía era sacar recetas para comprar pastillas”. Se visualiza aquí cómo P transa con el modelo médico hegemónico y, de un modo claramente utilitario, se sirve de éste para sus propios fines²⁴.

Otro riesgo, derivado de la ilegalidad de las sustancias, es el no poder conocer realmente lo que se está consumiendo. En este sentido, AL refiere

si a veces yo siento una sensación diferente a la que he sentido, digo hasta aquí porque sí he sentido sensaciones diferentes ¿no? luego así me dicen “es que es el material” sí, pero yo no, no quiero, no quiero llevarme una sobredosis.

Más allá del plano individual, estas prácticas se trasladan también al cuidado colectivo e involucran a otras personas usuarias de drogas, e incluso a otras personas no necesariamente usuarias, como los traficantes. Así lo grafican las experiencias de M y A. En el primer caso M expresa su preocupación por otras mujeres usuarias de drogas que estaban intercambiando sexo por drogas

fui a comprar en un picadero de aquí en Neza interactúe con dos chavas que ya estaban mal, me acuerdo que le regalé \$20 (...) porque no me gustó como las vi, (...) como que estaban haciendo eso, pues venderse como para obtener sus drogas, (...) si yo estuviera ahí, poniéndome como en el lugar de ellas, si lo que quiero es una dosis

²⁴ Cuando me desempeñé como psicóloga tratante en diversos centros de tratamientos públicos para mujeres usuarias de drogas (en Chile), también pude observar por un lado la sobremedicalización de psicofármacos hacia las mujeres y la reapropiación que éstas hacían. Al entregárselos de manera gratuita, muchas de ellas no ingerían los fármacos y los guardaban para venderlos en mercados clandestinos, que solían ser las ferias libres (equivalentes a los tianguis en México).

y ya no puedo parar, porque ya decidí quedarme ahí, pues yo preferiría que alguien me diera \$20 a tener que venderme.

Por su parte, la experiencia de A se relaciona con el cuidado que ha recibido de otras personas usuarias de drogas en un episodio de sobredosis que tuvo en un fumadero, “te cuidan los mismos de ahí, despertándote así hey, hey, hey (gesto de remezón). Tienen sus propios métodos, no sé que te hacen para que no te duermas”. También la primera vez que alguien le expresó preocupación por su modo de consumir fue la persona al que le compraba cristal, “me dijo ya no te metas eso (...) mejor fuma marihuana”, siendo ésta una medida para reducir los daños respecto a su consumo de cristal que estaba siendo muy elevado; tanto así que el traficante, en vez de privilegiar sus ganancias, le sugiere cambiarse al consumo de marihuana. Esta experiencia también tensiona el estereotipo de quien vende drogas que, socialmente, se presenta como alguien monstruoso y despreciable, lo cual también es cuestionado por las cifras cada vez más altas de mujeres involucradas en el narcomenudeo, generalmente jefas de familias monoparentales y que, producto de la feminización de la pobreza, han tenido que involucrarse en la venta de drogas como estrategia de sobrevivencia (EQUIS, 2017).

Estas experiencias referentes a la gestión del consumo de drogas suelen ser del pasado reciente de las entrevistadas. Actualmente, en el marco del tratamiento, han desarrollado otro tipos de estrategias tendientes a dejar de consumir drogas o evitar recaer en el consumo. El dispositivo mismo del tratamiento brinda algunas herramientas a las mujeres para poder lograr ese fin, como por ejemplo, la entrega de fármacos o métodos de relajación y respiración para contener la ansiedad y los deseos de consumo. En este sentido, las mujeres coinciden en la necesidad de mantenerse ocupadas en diversas actividades para evitar pensar en drogas y diversificar las

fuentes de placer; por ejemplo V se ha dedicado a actividades de jardinería, A ha optado por manualidades como el bordado,

son unas fundas para almohadas, las estoy bordando. Trato de pensar en otra cosa, cuando no sirve trato de pensar en mi hija, eso sirve. Traigo una foto de ella (abre su cartera y la muestra), dicen que nunca le echés limón a la herida pero en este caso sirve.

Otra arista importante se relaciona también con las relaciones interpersonales e identificar cuáles de ellas brindan un apoyo para el tratamiento, M ha ido en busca de sus amigos no consumidores y ha intentado retomar el vínculo, también se refugia en casa de primos cuando la relación con su madre se pone tensa y necesita estabilizarse. Por su parte, AL evita amistades que utilizan drogas, y cuando tiene mucha ansiedad recurre a la ingesta de chocolates.

Algunas de estas prácticas, por pequeñas que sean, pueden considerarse herramientas para la gestión de riesgos y placeres en el uso de drogas que, entendidas desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, podrían contribuir a generar consumos más seguros e implicar a las usuarias de una manera más activa en su proceso de modificación de sus patrones de usos de drogas, aspiren estos a la abstinencia o no.

Visibilizar estas prácticas es el primer paso para evaluar sus impactos en términos de riesgos/beneficios para las personas y abrir la posibilidad de modificarlas. Por otra parte, matiza la creencia generalizada de que las personas usuarias de drogas no se cuidan y no les importa su salud; o el estereotipo que deviene en el estigma que tacha a las personas usuarias de drogas como irresponsables.

Conclusiones

La presente investigación, posicionada desde el paradigma de reducción de riesgos/daños y una perspectiva feminista, buscó analizar la incidencia de los estigmas hacia las mujeres consumidoras de drogas en sus experiencias, tanto en sus vidas en general como en sus consumos de sustancias y las búsquedas de atención para abordar estos últimos. Mediante las cinco entrevistas en profundidad realizadas también se ahondó en las significaciones que dichas mujeres le atribuyen a las drogas y sus usos, así como las estrategias que han desarrollado para gestionar sus prácticas de consumo y manejar los diversos estigmas que recaen sobre ellas.

Las cinco mujeres entrevistadas, cuyas edades oscilan entre los 24 y 42 años, han tenido usos de drogas diferenciados y las sustancias por las cuales ingresaron a tratamiento en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza también son variadas: cocaína, marihuana, piedra/crack y cristal. Ello se condice con los datos epidemiológicos aportados por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol, y Tabaco 2016-2017 (Secretaría de Salud *et al.*, 2017) que señalan que las sustancias ilegales más consumidas en México son la marihuana y la cocaína. Ninguna de las entrevistadas ha usado drogas inyectables, principalmente por un temor que actúa como barrera ante esta práctica, pero también por el factor geográfico que media en la accesibilidad y la cultura de las drogas circundantes, pues en la frontera norte de México el uso de drogas por vía intravenosa es alto (Cravioto *et al.*, 2011). Otro factor que influye en la accesibilidad a las sustancias es la clase social, como quedó evidenciado en la experiencia de P, donde no sólo por un tema económico, sino también por un mayor bagaje cultural, ella ha

tenido acceso a drogas alucinógenas, sintéticas y otras poco comunes que generan efectos más ligados a la expansión de la conciencia y son menos adictivas; contrario a lo que ocurre con las drogas más baratas que generan un estado de mayor estupor y gran deterioro orgánico, pudiendo esto estar ligado a políticas de control social de la población, tema que sería interesante indagar en futuras investigaciones, en función de lo que ya han esbozado algunas autoras y autores (Parajua *et. al.*, 2010; Farías 2020).

Las estadísticas de la Secretaría de Salud (*et al.*, 2017) refieren que el 47.1% de las mujeres que ingresan a tratamiento lo hacen por su consumo de alcohol, situación que no se da en ninguna de las entrevistadas, aun cuando tres de ellas reconocen tener un consumo elevado que les ha acarreado consecuencias negativas en sus vidas. A pesar de los prejuicios percibidos, no existe mayor problematización al respecto, lo que puede responder a que los daños generados por otras sustancias son mayores; o bien a la normalización del uso de alcohol que se da en sus entornos más cercanos, incluyendo sus familias de origen. La legalidad de las bebidas alcohólicas, sumado a su alto grado de inserción en la cultura mexicana -como se observó en la revisión del estado de la cuestión-, favorece la naturalización de su uso y no se cuestiona mayormente, así como tampoco se condena o estigmatiza socialmente, lo que retrasa la solicitud de tratamiento en quienes lo requieren.

Todas las entrevistadas se iniciaron en el consumo de drogas con el alcohol entre los 11 y 15 años; y en cuanto a las sustancias ilícitas se iniciaron entre los 14 y 20 años, lo que se encuentra cercano a la media nacional que oscila en los 18 años (CONADIC, 2019), exceptuando AL quien probó las drogas ilegales a los 40, tras varios años de un consumo de alcohol solapado en el hogar.

El caso de AL resulta ilustrativo de lo que suele ocurrir con el uso de drogas legales en mujeres (generalmente alcohol y psicofármacos). Ella lleva décadas consumiendo alcohol, que es la sustancia a la cual podía acceder más fácilmente en una vida marcada por una relación de pareja violenta donde pasaba la mayor parte del tiempo en su casa bajo el control de su marido. Si bien llegó a beber un litro de tequila diario, no es hasta que su consumo de piedra se intensificó que buscó ayuda y llegó a tratamiento. Así como ella, muchas mujeres no solicitan ayuda a pesar de que evidencian malestar o perjuicios por su consumo de alcohol. La permisividad social hacia su ingesta retarda la identificación de un uso problemático y su eventual abordaje. En su contraparte, la mayor estigmatización que recae sobre las drogas ilegales genera mayor presión social para consultar por sus consumos (Mora-Ríos *et al.*, 2016).

La mayoría de las entrevistadas inició su uso de drogas con su grupo de pares, en ocasiones presionadas o con el afán de encajar socialmente. Estos inicios exploratorios se van intensificando y adquiriendo otros ribetes a lo largo del tiempo, toda vez que se entrecruzan con otras aristas de sus experiencias, como sus relaciones de parejas, eventos traumáticos y distintos tipos de violencias que las han afectado, lo que a su vez va dotando de diversas significaciones sus usos de drogas.

La presencia de distintos tipos de violencias fue un elemento común en las biografías de las cinco mujeres participantes de la investigación, evidenciándose patrones transgeneracionales que devienen en una naturalización de la violencia y en la repetición de la misma en sus relaciones de pareja. Esta presencia generalizada de violencias no es casual y coincide con lo reportado en la literatura que señala que las personas que sufren violencias tienen mayores probabilidades de consumir drogas que la población general (Llopis, 2005; Clark, 2015). Asimismo, la exposición

recurrente a violencias genera niveles más altos de estrés, ansiedad y otras manifestaciones en las esfera de la salud mental, donde pareciera que el uso de drogas halla su cabida como herramienta para mitigar y manejar dicha sintomatología, lo que es conocido como uso farmacológico de las drogas con el fin de borrar/tolerar/tramitar aquello que resulta desbordante para el psiquismo (Khantzian, en Tenorio y Marcos, 2000).

El uso de drogas como alternativa para sobrellevar experiencias violentas y/o traumáticas, entendiendo el riesgo que éstas traen aparejado, puede leerse en el marco de una sociedad altamente patriarcal que normaliza las violencias contra las mujeres. Si se piensa en la experiencia de abuso sexual infantil que vivió M, ella no tuvo acogida a nivel familiar y tuvo que arreglárselas sola ante una sociedad que protege y valida al agresor. Es así como la cocaína le brindaba esa sensación de “alerta que tranquiliza”, es decir, le permitía estar alerta y vigilante, lo que a su vez la tranquilizaba pues la protegía ante eventuales situaciones que la vulneraran nuevamente.

Por otra parte, podría interpretarse, en las mujeres que han experimentado violencia sistemática, que el uso de drogas se configura como aquel ámbito de sus vidas en que adquieren algo de control y autonomía. En la experiencia de AL, su marido controlaba su vida casi en su totalidad: lo que hacía, a quién veía, cómo debía vestirse, entre otras cosas, sumado a la violencia física que éste le propinaba, siendo el uso de alcohol prácticamente lo único que decidía ella y se constituía como su vía de escape ante la violencia. M reportó cómo el uso de drogas le confería poder, mismo que vio anulado en su experiencia de abuso sexual infantil.

En dichos contextos, donde los usos de drogas se significan como una herramienta para sobrellevar experiencias traumáticas, el ingreso a programas de

tratamiento donde se exige la abstinencia como fin y a veces incluso como prerrequisito, resulta incompatible con la vida y los modos de enfrentamiento al estrés que han desarrollado estas mujeres. El no comprender el marco general donde se inscriben los usos de drogas en las mujeres resulta, muchas veces, en directrices que no abonan a la modificación de aquellos patrones de consumo que puedan resultar problemáticos o nocivos; e incluso acarrea como consecuencia prácticas iatrogénicas que terminan alejando a las mujeres de los servicios de salud.

Las múltiples significaciones y funciones que adquieren los usos de drogas van variando y se supeditan a las experiencias y momentos particulares de las mujeres, destacando su carácter contingente. En este sentido se corrobora lo planteado en el marco teórico, donde se señaló que las drogas no portan un significado unívoco, al contrario, se constituyen como un campo semántico en disputa en el cual intervienen diversos intereses, contextos y experiencias específicas.

Ya se visualizó que una amplia gama de los usos se significan desde la tramitación de vivencias dolorosas, pero también se encuentran aquellos usos ligados a la maximización de rendimientos y placeres. En el caso particular de A, ella liga toda la significación de su uso y práctica al ámbito laboral en su desempeño como sexo servidora; su uso de drogas tiene un componente altamente funcional, aunque situado en un contexto de marginalidad, donde la violencia junto con la precariedad económica han traído consecuencias muy dolorosas para ella como la pérdida de la custodia de su hija. En este punto cabe preguntarse cómo se hubiese dado la situación en una alta ejecutiva que también hiciera un uso de drogas ligado a las exigencias de su trabajo; probablemente su hija no hubiese terminado en las dependencias del DIF. Justamente es A quien pone de relieve el factor de clase social al señalar “con dinero baila el perro”, aludiendo a que el trato hacia las personas será diferenciado en función

del dinero que éstas tengan. Los estigmas no condenan todo atributo indeseado, sino sólo aquellos que no calzan con el estereotipo que tenemos de cierta clase de individuos y cuya lectura se realiza en función de otras características. De este modo una mujer pobre será mucho más condenada socialmente que una ejecutiva cuyo uso de drogas poco importa, ella seguirá siendo inteligible y legitimada en la sociedad por su posición de clase.

En general, el fomentar la productividad y aplacar el cansancio fue destacado por estas mujeres como una de las ventajas del uso de ciertas drogas, como el cristal y la piedra, en el marco de tener que compatibilizar sus trabajos remunerados y las labores de cuidado y domésticas, siendo ellas las que encabezan sus hogares. Dicho elemento emerge como diferenciado con los hombres, en virtud del sistema sexo-género que sobrecarga e invisibiliza el trabajo no remunerado de las mujeres. Ese tipo de usos también caben dentro de lo que Menéndez (2003) conceptualiza como auto-medicación. Desde ahí podría postularse que todos los usos de drogas pueden calificarse de terapéuticos pues buscan reportar un bienestar a la persona que las usa, independientemente de que luego los patrones de consumo puedan tornarse nocivos.

Estas múltiples significaciones, a veces incluso hasta contradictorias, van conformando algo que podría calificarse como característico de los usos perjudiciales de drogas, que es la ambivalencia ante el uso mismo. El placer que reportaron varias de las entrevistadas es intenso, y se mantenía en el tiempo, a pesar de que las significaciones positivas cada vez eran menores, conforme su consumo se fue intensificando. En tal sentido, en los discursos de estas mujeres es posible distinguir cómo ellas transitaron por diversos posicionamientos respecto a su práctica: P, por momentos, realiza una especie de apología de las drogas, situándose en lo que Sepúlveda (2011) categoriza -dentro de su tipología- como perversa; en el extremo

opuesto se encuentra V quien ya ha adoptado el discurso hegemónico e institucional que desacredita el uso de drogas, y por ende sería conversa, si se sigue al mismo autor; y en una posición más intermedia o ambivalente se encuentran las subversas, quienes transitan entre ambos extremos e interrogan sus conceptualizaciones, pudiendo devenir ello en prácticas de agencia ligadas a la modificación de sus patrones y prácticas de consumo de sustancias.

Sumado a la ambivalencia propia que les genera su uso de drogas, estas mujeres también han tenido que arreglárselas con un contexto violento en el sentido amplio, que no sólo incluye la violencia machista de sus familias de orígenes, el entorno y luego sus parejas, sino también las violencias simbólicas que recaen sobre ellas como mujeres usuarias de drogas, representadas en los diversos estigmas con los cuales han tenido que lidiar.

La literatura revisada plantea que los estigmas hacia las personas usuarias de drogas son mayores que los que se dirigen hacia otras afecciones, pues se culpa a las personas de su condición y se las considera peligrosas o violentas. En el caso de las mujeres entrevistadas, más que pensar que son peligrosas o violentas, se piensa que son malas mujeres, en función de que no están capacitadas para cumplir su rol social, ya sea de esposas y/o madres.

Ello ha tenido un impacto negativo en el autoconcepto de estas mujeres: la mayoría tiene una imagen desvalorizada de sí misma, se definen como personas tóxicas y/o locas, lo cual puede tener relación con la atribución social que se le da al uso de drogas como una conducta anormal y desviada; pero también puede vincularse con aquella diferencia indeseable de la que habla Goffman (1970) que en el sistema sexo-género es la diferencia sexual; la mujer y su subalternidad naturalizada van forjando una identidad deteriorada. La violencia sistemática contra las mujeres suele

estar acompañada del adjetivo de “locas”, más aún para aquellas que osan desobedecer los mandatos de género.

El salirse de la norma de género y, a su vez, de la norma legal por usar drogas no reguladas, ha implicado ciertas correcciones/sanciones -expresadas generalmente en distintos tipos de violencias- para estas mujeres que están mediadas por los estigmas, y a su vez ancladas en los marcos culturales del machismo y el prohibicionismo.

Las reacciones de sus familiares, al enterarse de sus usos de drogas, en todos los casos fueron negativas, ya sea de decepción, rechazo, discriminación y violencia física en el caso de algunas. Ello aun cuando en varios de esos núcleos familiares era común el uso de alcohol, lo que evidencia nuevamente cómo la legalidad de una sustancia incide en la aceptación o rechazo que tendrá determinada droga; el peso del prohibicionismo se cristaliza en los estigmas y afecta las experiencias de las personas usuarias.

Tanto el estatus legal como el imaginario social que se va creando alrededor de las sustancias, los “discursos sobre las drogas” que menciona Ibañez (en Muñoz, 2011), van generando una jerarquización de éstas que incluso las mismas personas usuarias incorporan. Los solventes, más conocidos como mona, en conjunto con el crack o piedra, son las sustancias más devaluadas entre las usuarias. Desde ahí se dan procesos de estigmatización entre pares, lo que fue más evidente en la experiencia de A quien constantemente menospreciaba a “los piedrosos” y “moneros”, refiriendo que es lo más bajo a lo que se puede llegar. En su caso se entrecruza la internalización de los estigmas y la adopción de los discursos hegemónicos sobre las drogas; la práctica del uso de drogas no puede abstraerse de éstos, lo que también afecta el autoconcepto de las usuarias, propiciando sentimientos de culpa, vergüenza

y expresiones de autoflagelo que merman el estado anímico y la salud en general de las mujeres entrevistadas.

Dos estigmas recurrentes que evidenciaron las entrevistadas se sustentan en los estereotipos y prejuicios que remarcan la correlación espuria entre droga-delito y droga-promiscuidad, ambas perpetuadas incluso por las ciencias sociales, en especial la primera de ellas. Una mujer usuaria de drogas sería delincuente y puta, situación que se vio reflejada en las experiencias de las entrevistadas. Asimismo, la asociación que se da entre hombres-drogas-virilidad, para las mujeres se traduce en la tríada mujeres-drogas-promiscuidad; ambas se expresan en el abordaje policial y/o judicial en casos de violencia sexual, donde para los hombres que cometen la agresión el uso de drogas puede considerarse un atenuante (pues no estaba en sus cinco sentidos), mientras que para la mujer el uso de drogas actúa como justificación para su agresión, pues se interpreta como disponibilidad sexual; aun cuando existen algunas legislaciones que aumentan la pena para los agresores cuando la víctima se encuentra en un estado alterado de conciencia (Instituto Nacional de las Mujeres, 2017; Vázquez-Portomeñe, 2017).

La referida asociación entre uso de drogas y disponibilidad sexual puede estar ligada a la negación de la dimensión del placer en las mujeres; el sistema sexo-género veda ciertas expresiones para las mujeres, como la rabia o el placer. Entonces se liga a las mujeres usuarias de drogas con aquellas más “libertinas” que rompen con el mandato de femineidad, primero por realizar una actividad que históricamente ha estado circunscrita al ámbito masculino, segundo por ocupar el espacio público y salir del confinamiento doméstico y tercero por expresar su sexualidad libremente. Suele cuestionarse a las mujeres que ejercen y gozan de su sexualidad de una manera activa, y se tiende a explicar su conducta señalando que son putas, o bien drogadictas

que no saben lo que hacen y que pierden el control de su cuerpo, o por lo general ambas.

Además del ámbito judicial, existen otras instituciones patriarcales y prohibicionistas que generan lo que se conoce como estigma institucional (Link y Phelan, 2001), que se vio reflejado en las experiencias de M y A; la primera fue despedida de su trabajo por arrojar positivo a un test de drogas, mientras que a la segunda se le ha negado el derecho a visitar a su hija por la misma razón.

Los procesos de estigmatización anteriormente descritos conllevan a que las mujeres tiendan a ocultar su práctica para evitar las consecuencias negativas ya mencionadas. Producto de ello se tiene que las mujeres suelen estar más solas en sus procesos de tratamiento; las entrevistadas han sido fuertemente sancionadas por su entorno masculino y más apoyadas por las mujeres de su familia, cuando cuentan con ésta, lo que replica el mandato de los cuidados para las mujeres. El menor apoyo que reciben redundante en menores posibilidades de permanecer en el tratamiento o completarlo satisfactoriamente.

A su vez, la estigmatización hace que eviten la búsqueda de atención o, como en el caso de AL, mientan respecto al tipo de atención que reciben (su madre sabe que va a terapia, pero no por uso de drogas). Aún existe estigmatización respecto al cuidado de la salud mental, el clásico “para qué voy a ir a la psicóloga si no estoy loca”; y cuando se piensa en el tratamiento para adicciones, el estigma se acrecienta. Los centros de tratamientos especializados para el consumo problemático de drogas se consideran lo que Goffman (1970) denomina como instituciones desacreditadoras; el ingresar a ellas hace más patente el estigma por lo que las personas se inclinan a evitarlas, retrasando la atención y eventualmente empeorando las condiciones de salud. En el caso de las mujeres entrevistadas, todas iniciaron sus usos de drogas en

su adolescencia, y si bien sus usos se volvieron problemáticos con posterioridad, tardaron entre 6 a 15 años para consultar y recibir atención especializada. Existe reticencia a querer consultar, en parte por la ambivalencia que atraviesa la práctica de los usos de drogas, pero también por el peso de los estigmas. Como se evidenció en las entrevistas, existe un temor por asistir a tratamiento y que alguien las identifique en la institución. Los estigmas actúan entonces como barreras para acceder a tratamiento.

La búsqueda de atención para abordar sus usos de drogas no se circunscribe solamente a las instituciones formales de salud y tampoco siguen un recorrido lineal, es más amplia, con distintas intencionalidades a través del tiempo, mediadas por hitos vitales y situaciones externas; como la experiencia de A, donde la pérdida de la custodia de su hija gatilla la búsqueda de ayuda. Incluye interacciones con campos que no necesariamente pertenecen a la salud, como el caso de AL que recurre a la iglesia, o incluso la autogestión en el caso de V, o P en su proceso de desintoxicación que llevó a cabo de manera autónoma. Es así como los procesos de salud-enfermedad-atención incluyen todas estas otras instancias que suelen ser previas, y en ocasiones simultáneas, a la llegada a los centros de salud profesionalizados. Estas prácticas de autoatención, como las conceptualiza Menéndez (2003), implican una búsqueda pragmática para abordar los padeceres y a su vez articulan otras formas de atención -como la biomedicina, grupos de autoayuda, medicina alternativa, entre otras- dando paso a transacciones dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad. Tanto M como P adaptan el tratamiento a sus necesidades y toman decisiones de manera autónoma, particularmente respecto a la terapia farmacológica, la cual alternan con otras herramientas que a ellas le hacen más sentido (como el ejercicio físico, por ejemplo); o P que negocia con su psicólogo

tratante la asistencia a las terapias grupales, que no son tan de su agrado, para poder tener sesiones individuales con mayor regularidad.

Siguiendo con el planteamiento de Menéndez (2003), éste señala que la modalidad de auto-atención en grupos de autoayuda, en el caso del alcoholismo, ha sido más eficaz que la biomedicina. Sin embargo, los modelos de alcohólicos anónimos a los que se refiere el autor no han tenido éxito ni han sido satisfactorios para las entrevistadas, por el contrario, se han significado negativamente. De sus experiencias se desprende un tipo de abordaje castigador hacia la conducta de consumo donde la culpa juega un rol central y se busca “doblegar” a la persona. También se evidenciaron cuestionamientos y estigmatización respecto a la conducta sexual de las mujeres, aparece nuevamente el estigma de promiscua. La culpabilidad en este tipo de tratamientos, así como también en la construcción social de la femineidad, es exaltada y eso se refleja en las relaciones que establecen con las drogas hombres y mujeres. Mientras los primeros incluso se vanaglorian de usarlas, pues se vincula a la virilidad, las mujeres se avergüenzan y la relación que se establece es con la promiscuidad, la falla, lo dañado, lo sucio.

Asimismo, el modelo de tratamiento de los 12 pasos, al tener una estructura prefijada, será más severo con aquellas personas que sean disonantes y que no acaten a cabalidad el formato. Los intentos por cuestionar o dialogar con la institución no son escuchados e indirectamente se expulsa a las personas a través del trato violento. Sería interesante, en futuras investigaciones, poder explorar si esta situación fue particular de las experiencias de las entrevistadas, o tendrá más que ver con el hecho de que ellas eran mujeres y fueron juzgadas por haber cuestionado el dispositivo de tratamiento, lo que a su vez tensiona el estereotipo de la mujer que

acata sumisamente la estructura institucional, más aún cuando ésta se sostiene en un espacio masculinizado como suelen ser los grupos de alcohólicos anónimos.

Los anexos también fueron conceptualizados por las entrevistadas como espacios de maltrato sistemático y escaso valor terapéutico, en virtud de los testimonios de personas conocidas que habían estado internadas en dichos recintos o de visitas que ellas habían realizado allí. A pesar de que ninguna ha estado internada en anexos, existe rechazo y temor a ellos.

Las actitudes de maltrato y estigmatización también se encuentran presentes en las instituciones de salud que cuentan con un equipo profesionalizado. Si bien todas las mujeres entrevistadas declararon sentirse a gusto actualmente en el centro de tratamiento, habían experimentado previamente situaciones que las habían hecho sentir incómodas, molestas o hasta maltratadas. Dichas situaciones no han sido denunciadas, lo que puede obedecer a múltiples factores: naturalización y minimización de las violencias institucionales (en contextos de vida marcados por múltiples violencias), sensación de impunidad o revictimización ante las denuncias previamente realizadas, o legitimación de dichas prácticas discriminatorias o violentas, en virtud de la internalización de los estigmas que las sustentan. El sentirse señaladas, juzgadas y/o violentadas ha interferido en sus procesos de salud-enfermedad-atención, alejándolas de los centros de tratamiento u otras alternativas para el abordaje de sus usos de drogas.

En síntesis, desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, que en su espectro más amplio busca también gestionar los placeres, se puede plantear que los estigmas juegan un rol central en los usos de drogas, formando parte de los daños asociados, como ha podido visualizarse en las experiencias de las mujeres entrevistadas. En un doble movimiento, que se refuerza a sí mismo, los estigmas en

torno al uso de drogas alejan a las mujeres de los centros de atención por temor a que se les identifique con estas instituciones desacreditadoras; a su vez la atención que se brinda en éstos puede estar interferida también por los estigmas y resultar violenta, lo que vuelve a alejar a las mujeres por el temor a que se repitan los malos tratos.

En estos tránsitos y recorridos diversos para abordar sus usos de drogas, las mujeres también generan sus propios modos de gestionar prácticas de consumo y cese del mismo; recordemos que la atención institucionalizada de salud representa una fracción pequeña dentro de las historias de usos de drogas de estas mujeres.

Dentro de las acciones para gestionar sus usos de drogas se identificaron distintos tipos, en función de los objetivos que perseguían: a) intensificar los efectos de las sustancias; b) controlar el “viaje”; c) cuidarse de ser descubiertas bajo los efectos de las drogas, con miras a evitar las consecuencias negativas ya revisadas de señalización, discriminación, problemas legales, violencia, entre otras, donde también se incluyen estrategias de cuidado mutuo con otras/os usuarias/os de drogas; d) dejar de consumir; e) no recaer en el consumo y f) gestionar el tratamiento.

Todas estas acciones puntuales, o algunas estrategias más planificadas según sea el caso, pueden interpretarse desde su capacidad de agencia, entendiéndolas como aquellas conductas tendientes a modificar, perpetuar o subvertir determinadas situaciones (González, 2018). La elección de las sustancias de preferencia, si bien está influenciada por factores económicos y geográficos como ya se mencionó, también está mediada por cierta reflexividad en torno al autocuidado; en algunos casos existe la preferencia por consumir drogas que las mantengan alertas y sin efectos alucinógenos para no perder el control de la situación ni verse expuestas a ser violentadas. Ello desmitifica la creencia, que conforma parte del estigma hacia las

personas usuarias de drogas, de que son descuidadas, irresponsables y despreocupadas por su salud.

Asimismo, cabe destacar cómo algunas experiencias dieron cuenta de que las mujeres pueden sacar ventaja de ciertas situaciones adversas, como por ejemplo en los lugares de consumo que son descritos como lugares altamente sexistas, reivindicando su condición de género. De este modo se complejizan los procesos y prácticas en términos de agencia y lo que puede, o no, ser considerado como tal.

En lo que refiere al intercambio de sexo por drogas, tiende a ser abordado desde una óptica victimista o moralista, son las “pobrecitas que son usadas por drogas” o “como llegan tan bajo, es la decadencia”. Obviamente no puede darse una lectura simplista de la situación, son muchos los factores intervinientes que inciden en configurar la práctica de tal o determinada manera; nuevamente la contingencia es lo que brindará los matices para poder analizar la situación desde una u otra óptica. Sin embargo, más allá de la contingencia, y de la capacidad decisional de cada mujer que puede -o no necesariamente- verse interferida por el uso de drogas, no hay que perder de vista el marco de violencia estructural que cobija el sistema sexo-género, el cual propicia condiciones económicas y laborales desiguales para las mujeres y muchas veces las orilla a involucrarse en el comercio sexual como único modo de supervivencia, siendo éste una expresión más de la violencia sistémica contra las mujeres (Furlong, en Ospina-Escobar 2020).

Entonces, cómo es posible determinar si nos encontramos ante una práctica de agencia o no. Pareciera ser que el deseo -más bien la emergencia de éste- es lo que podría, más allá de la reflexividad, decir si estamos ante una práctica de agencia o mera sobrevivencia, o quizás ambas, tratando de huir de una lógica binaria agencia/sumisión o sujeción/rebelión; “me voy con este, y me satisfago”, son ellas las

que deciden irse con determinado sujeto para satisfacer su deseo de seguir consumiendo drogas. Evidentemente es necesario conocer más experiencias al respecto, cuidando no idealizar ciertas prácticas o considerarlas como de agencia a priori, entendiendo cómo el factor de clase acá también está mediando la situación.

Si bien pudo observarse, en algunos casos, cuestionamientos a los mandatos de género hegemónicos o la heteronorma, existe también una reproducción de los discursos estereotipados en cuanto a lo que ser mujer se refiere. Nuevamente se tiene la complejidad de los procesos de agenciamiento, que implican transar entre una posición subversiva y otra que acoge, se apropia y hace suya lo que dicta el sistema sexo-género, en especial a lo que refiere a las narrativas de las familias bien constituidas y cómo una buena mujer se inserta en ellas. Podría postularse que la propia estigmatización y rechazo social por su uso de drogas y contravenir los mandatos de género lleva a algunas mujeres a exaltar la “femineidad”, como modo de escapar o resguardarse de la discriminación que deviene de los estigmas, para poder tener algo de validación social -como por ejemplo el caso de A, para recuperar a su hija-. Ella tiene que encajar en el modelo de familia tradicional para que la institución la valide como una adulta responsable y competente de la crianza de su hija, ello es lo que finalmente la removi6 para dejar de usar drogas, dejar de ejercer como sexoservidora, casarse y formar un hogar. Asimismo, esos suelen ser los criterios que catalogan un tratamiento como exitoso, el grado de inserción social entendido como adaptación a las normas, en este caso a las normas sexo-genéricas.

El carácter contingente de las acciones y decisiones de estas mujeres se vuelve clave para poder dar una lectura e interpretación que no caiga en reduccionismos. Lo contingente podría decirse que es un claro punto de anclaje entre los dos posicionamientos políticos que guían la presente investigación: una perspectiva

feminista y la reducción de riesgos, daños y gestión de placeres. Lo contingente y lo pragmático son centrales; ambos englobados en una perspectiva situada podrían contribuir a diluir o mitigar las tensiones en torno a las políticas públicas de intervención (de pretensiones universalistas) y la praxis misma del abordaje de los usos de drogas que apunta a una visibilización de las subjetividades. Atender a estas últimas y darle un lugar preponderante en el abordaje de uso de drogas tienen que, de todas maneras, estar presente en un abordaje feminista de salud.

Desde las políticas públicas urge ampliar la oferta de tratamiento estatal, así como la fiscalización de los servicios privados de tratamiento con miras a su profesionalización, para evitar los abusos que allí se dan. Asimismo, es necesaria la adopción de los enfoques de derechos y género, que se traduzca en programas y acciones concretas y efectivas, que no queden en mera declaración de principios. Fundamental es la capacitación al personal de salud que apunte a reducir los estigmas y discriminación, promoviendo el buen trato en todos sus niveles, lo que incluye modificar el lenguaje y la narrativa que se utiliza para referirse a las personas usuarias de drogas, poniendo énfasis en que son sujetas y sujetos de derechos como cualquier otra persona usuaria del sistema de salud. Precisamente lo opuesto a lo que promueve la última campaña comunicacional estatal titulada “en el mundo de las drogas no hay final feliz”, la cual lejos de informar sigue fomentando estereotipos y estigmas hacia las personas usuarias de drogas²⁵.

²⁵ En uno de los videos de la campaña aparece alguien diciendo “yo ya soy una persona podrida”, otra señala “he perdido la dignidad”, ambas aduciendo a sus usos de sustancias. También incurre en discursos estigmatizantes hacia las poblaciones jóvenes, pobres, que viven en situación de calle, que han sido afectadas por violencia sexual, entre otras. No posee ningún elemento informativo, como por ejemplo de qué droga se está hablando, de los efectos de la misma o de cómo impedir un consumo perjudicial, sólo se alude a elementos amenazantes, asociando el consumo de drogas con delincuencia, violencia, desintegración familiar y social, por nombrar algunos. El mensaje es claro: “la droga es mala”, sin importar qué tipo de drogas, cómo se consumen ni con qué fines. La campaña puede visualizarse en el siguiente enlace https://www.youtube.com/watch?v=h6HS22gXpNc&has_verified=1.

Existe una necesidad de espacios de tratamiento específicos y exclusivos para mujeres, que se adapten a ellas a través de planes de tratamientos individualizados, con horarios flexibles e infraestructura y personal que permita su asistencia con sus hijas e hijos, apostando por entornos seguros y libres de violencias. Atendiendo también que muchas de las mujeres que requieren tratamiento para abordar sus usos de drogas han sido afectadas por violencia sexual y el estar en un espacio tratamiento, con todo lo íntimo que ello implica, junto a quienes podrían ser posibles agresores no es lo óptimo para desarrollar un proceso terapéutico. Se requieren programas cuyo abordaje sea integral y considere las múltiples violencias y determinantes sociales que marcan sus trayectorias de vida y usos de drogas, evitando así el tránsito de las mujeres por múltiples servicios y la revictimización institucional que implica tener que repetir sus historias, sin recibir comprensión integral en ninguno.

Un abordaje especializado para mujeres podría contemplar, desde una perspectiva feminista y de reducción de riesgos/daños y gestión de placeres, la creación de centros o casas de consumo seguro, donde se acoja a las mujeres para que puedan realizar sus consumos allí, se les brindara servicios de salud, asesorías, intercambio de jeringuillas o parafernalia según sea necesario, como la que existe en Mexicali perteneciente a la asociación civil Verter, para atender las necesidades específicas de las mujeres y ellas pudiesen gestionar sus consumos de maneras más cuidadas y seguras. Sin embargo, este tipo de iniciativa choca con la reglamentación actual y ha tenido múltiples problemas y trabas para su implementación y mantenimiento. A nivel internacional se encuentra la experiencia de Metzineres en Cataluña, una casa de acogida para mujeres y disidencias sexuales que usan drogas y son sobrevivientes de violencias, que desde su creación en 2017 hasta la fecha ha brindado atención a más de 24.000 mujeres, siendo ejemplo de buenas prácticas en

el abordaje de mujeres usuarias de drogas (Roig, 2019). Diversos estudios han señalado que este tipo de espacios “aumentan la sensación de seguridad, respeto y dignidad entre las mujeres que usan drogas, particularmente aquellas que han experimentado abuso físico o sexual” (Harm Reduction International, 2018, p.2).

Finalmente, me parece importante mencionar algunos límites de la presente investigación. El principal fue el carácter acotado de la misma. Si bien la pretensión inicial era desarrollar el trabajo de campo hasta alcanzar la saturación teórica o de categorías (Flick, 2004), ello se vio interrumpido por la crisis sanitaria suscitada por el SARS-CoV-2. La muestra resultó reducida, por lo menos, en un 50% tras la interrupción del trabajo de campo.

Por otra parte, la muestra puede resultar poco representativa no sólo por el escaso número de entrevistadas, sino también porque asisten a uno de los pocos centros de atención en adicciones que brindan tratamiento especializado para mujeres, o por lo menos que así lo declaran y cuentan con una oferta de prestaciones exclusivas para ellas. Desde ahí, y por lo que las mujeres relataban de sus experiencias previas de tratamiento, podría decirse que el centro donde se llevó a cabo la investigación escapa a los estándares de la oferta de tratamiento de la ciudad, brindando más garantías y pudiendo incurrir en menos prácticas estigmatizantes y/o discriminatorias.

En esta misma línea, sería interesante para investigaciones futuras poder acceder a contextos de mayor vulnerabilidad como el que se visitó previo a la elección del trabajo de campo, para poder conocer y visibilizar las necesidades específicas de dicha población (que viven en situación de calle).

Otra limitante, también relacionada con la pandemia, tiene que ver con la imposibilidad de haber realizado un segundo encuentro con las entrevistadas para

profundizar algunos temas. Se esperó a realizar una primera fase de transcripción para identificar aquellos nodos críticos que se quería profundizar, pero sobrevino la crisis sanitaria y el trabajo de campo se vio interrumpido.

En tal sentido, se sugiere para futuras investigaciones poder profundizar el trabajo realizado y generar una propuesta de investigación acción donde se realice un trabajo de acompañamiento colectivo con miras a interrogar y politizar los procesos terapéuticos y las prácticas de usos de drogas que, tal como se planteó en la metodología y que por las restricciones temporales vinculadas al proceso de la maestría no se logró concretar, propicien procesos de toma de conciencia grupal tendientes al fortalecimiento de las redes entre las mujeres usuarias de drogas y su autonomía.

Anexos

1. Perfil sociodemográfico de las entrevistadas

	M	V	AL	P	A
Edad	25 años	24 años	42 años	39 años	28 años
Religión	Ninguna	Católica	“Trato de acudir a la iglesia cristiana”	Ninguna	“Creyente de la Santa Muerte”
Colonia de residencia actual	Nezahualcoyotl (Estado de México)	Obrera (Ciudad de México)	Moctezuma (Ciudad de México)	Viaducto Piedad (Ciudad de México)	Industrial (Ciudad de México)
Nivel estudios	Maestría inconclusa	Preparatoria inconclusa	Preparatoria inconclusa	Licenciada en relaciones internacionales	“Segundo semestre de preparatoria. Ahora estoy comenzando otra vez el transcurso del COMIPEMS para entrar a bachiller”
Ocupación	Desocupada	Se dedica a las tareas del hogar	Trabajadora independiente, gestora de trámites vehiculares	Comerciante independiente, vende lencería y productos de sex shop. Nunca ha ejercido su profesión	Hace dos meses “ama de casa”. Previo a ello era sexoservidora
Nivel socio económico	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo
Estado civil	Soltera	Unión libre o soltera	Actualmente unión libre. Estuvo casada por 19 años con el padre de sus hijos	Soltera	Unión libre
Hijos/os	Ninguno	Dos mujeres: de 2 años 10 meses y de 11 meses	Tres hombres: de 25, 19 y 10 años de edad	Una mujer de 16 años	Una mujer de 6 años (institucionalizada en el DIF)
Vive con	Su madre	Su padre e hijas	Su hijo mayor, el menor y su actual pareja.	Su hija	Su pareja

2. Glosario

Activo: Inhalante, principalmente tolueno.

Bote: Referente a los recipientes de activo.

Codependencia: Conjunto de comportamientos adictivos con base en la relación interpersonal. Se produce por una asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva. Genera una disolución de la personalidad del sujeto dependiente, un hábito pasivizante y falta de autonomía (Llopis, 2005).

Cristal: Nombre con el que se conoce la metanfetamina en la jerga de las personas usuarias de drogas.

DMT: Dimetilriptamina, alucinógeno.

Droga de impacto: También conocida como sustancia o droga principal, es la que la persona identifica como aquella que le genera mayor cantidad de efectos negativos en las distintas áreas de su vida, ya sea en su salud, familiar, legal o laboral, por lo que constituye el motivo principal de la demanda de atención.

Fichar/fichera: Trabajo en bares, antros o cantinas consistente en invitar a los clientes a consumir bebidas alcohólicas, puede incluir intercambio sexual con el cliente.

Fumaderos: Lugares destinados para el consumo de drogas, mayoritariamente para fumar crack.

Kambó: Secreción cutánea que se obtiene de la rana *Phyllomedusa bicolor*, utilizada como estimulante cinegético por varios pueblos amazónicos.

LSD: Dietilamida de ácido lisérgico, sustancia psicodélica.

MDMA: Éxtasis, droga empatógena.

Mona/monear/moneándose: Tela o papel impregnado con activo y que se inhala por la nariz o boca, acción conocida como "monear".

Mula: Nombre con que se designa a las personas que transportan drogas. Sin embargo, A utiliza el término para referirse a cómo la utilizaban como señuelo sexual para captar a usuarios de drogas y poder robarles.

Paniquearse/paniqueada: Sentimiento de paranoia que sobreviene tras la ingesta de determinadas drogas, puede incluir alucinaciones.

Parafernalia: Equipamiento utilizado para producir, ocultar, y consumir drogas ilícitas, por ejemplo, pipas, moledores, sábanas, etc.

Pase (darse un): Inhalar cocaína.

Picaderos: Lugares destinados para el consumo de drogas, donde generalmente acuden personas usuarias de drogas inyectables.

Piedra: Nombre coloquial con el que se conoce al crack, sustancia que se obtiene tras el procesamiento de la cocaína, teniendo efectos más inmediatos y mayor poder adictivo.

Piedrosas/os: Nombre con que se denomina, despectivamente, a las personas usuarias de piedra.

Piruja: Término coloquial utilizado en México para señalar que una mujer ejerce el comercio sexual, utilizándose como sinónimo de puta.

Policonsumo/policonsumidora: El policonsumo de drogas se refiere al hábito de consumir más de una sustancia, ya sea de manera simultánea o alternada.

Punto: Lugares de venta de drogas.

Tacha: Denominación que se le da a ciertas pastillas de efecto estimulante. Puede contener éxtasis (MDMA), metanfetamina, anfetamina o algún otro estimulante, incluso cafeína.

Viaje: Término con el que, coloquialmente, se le denomina al transcurso de tiempo que duran los efectos que sobrevienen tras la ingesta de alguna droga.

Referencias

- Abeldaño, Roberto; Verónica Gallo, María Burrone y Alicia Fernández. “Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina”, *Acta de Investigación Psicológica*, vol. 6, núm. 2, agosto, 2016, pp. 2404-2411. Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358948300003>, consultado el 19 de mayo de 2019.
- Albano, Giancarlo; Luisina Castelli, Emmanuel Martínez y Marcelo Rossal (2015). “Violencias institucionales y reproducción de estigmas en usuarios de cocaínas fumables de Montevideo”, *Psicología em Pesquisa*, 9(2), pp. 111-125. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-1247201500200002
- Alonso, Maria; Catherine Caufield y Marco Gómez (2005). “Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, N. L., México”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 13, núm. 2, pp. 1155-1163. http://www.redalyc.org/pdf/2814/Resumenes/Resumen_281421853009_1.pdf, consultado el 8 de mayo de 2019.
- Apud, Ismael y Oriol Romaní (2016). “La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia”, *Salud y drogas*, vol. 16, núm. 2, pp. 115-125, Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. <http://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>, consultado el 29 de enero de 2019.
- Arostegui, Elisabete y Aurora Urbano (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Instituto de drogodependencias. Universidad de Deusto.
- Arpa, haron (2017). “Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice”, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf, consultado el 12 de enero de 2019.
- Bach, Ana María (2010). *Las voces de la experiencia, el viraje de la filosofía feminista*. Buenos Aires: Biblos.
- Basu, Sukanya y Sarah Pearlman (2017). “Violence and migration: evidence from Mexico’s drug war”, *IZA Journal of development and migration*, p.1-10.

- Bayce, Rafael (2012). “Los trasfondos del imaginario sobre “drogas”: valores culturales, geopolítica, intereses corporativos y hechos mediáticos”. Aporte universitario al Debate Nacional sobre Drogas, Universidad de la República, Montevideo.
- Berenzon, Shoshana; Maria Elena Medina-Mora, Asunción Lara (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación”, *Salud Mental*, vol. 26, núm. 5, pp. 61-72. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58252607.pdf>, consultado el 13 de mayo de 2019.
- Borges, Guilherme; Philip Wang, Maria Elena Medina-Mora, Carmen Lara y Wai Tat Chiu (2007). “Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico”, *American Journal of Public Health*, 97(9), pp. 1638-1643. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963297/>, consultado el 19 de abril de 2019.
- Borges, Guilherme; Maria Elena Medina-Mora; Ricardo Orozco, Clara Fleiz, Jorge Villatoro, Estela Rojas y Sarah Zemore (2009). “Unmet Needs for Treatment of Alcohol and Drug Use in Four Cities in Mexico”, *Salud Mental*, 32(4), pp. 327-333. <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3204/sm3204327.pdf>, consultado el 17 de mayo de 2019.
- Borrell, Carme y Davide Malmusi. (2010). “La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas”. Informe SESPAS 2010, *Gaceta Sanitaria*, 2010; 24 Supl 1, Vol. 24, pp. 101-108. <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-investigacion-sobre-los-determinantes/articulo/S0213911110001512/>, consultado el 6 de enero de 2018.
- Borrell, Carme y Lucía Artazcoz (2008). “Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro”. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), Madrid, pp. 241-249. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200800030001, consultado el 28 de enero de 2018.
- Borrell, Carme; María García-Calvente y José Martí-Boscà. (2004). “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), Barcelona, pp. 02-06. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111200400040002&lng=es&tlng=es, consultado el 28 de enero de 2018.
- Boville, Belén (2000). *La guerra de la cocaína*, Madrid, Debate.
- Canales, Manuel (2006). *Metodologías de Investigación Social*, Santiago, LOM.

- Castillo, Isaías y Delia Gutiérrez (2008). "Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México", *Salud Mental*, Vol. 31, N° 5, pp. 351-359.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a3.pdf>, consultada el 13 de marzo de 2019.
- Castrillón, María (2008). "Entre "teoterapias" y "laicoterapias". Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales", *Psicología & Sociedade*, vol. 20, núm. 1, Brasil, pp. 80-90.
<http://www.redalyc.org/pdf/3093/309326454009.pdf>, consultado el 5 de noviembre 2018.
- Clark, Marilyn (2015). "The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region".
<https://rm.coe.int/the-gender-dimension-of-non-medical-use-of-prescription-drugs-in-europ/168075bac0>, consultado el 20 de abril de 2019.
- CONACE (2008). Glosario de drogas. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.
- Córdova, Alejandro; Onofre Muñoz, Alejandro Guarneros y Enrique Camarena (2001). "Atención de los trastornos relacionados con la farmacodependencia y adicciones", en Instituto Mexicano del Seguro Social, Observatorio Epidemiológico en Drogas, *El fenómeno de las adicciones en México*, pp. 72-74.
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/observatorio_2001.pdf, consultado el 11 de mayo de 2019.
- Corrigan, Patrick; Amy Watson y Frederick Miller (2006). "Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members", *Journal of Family Psychology*, Vol. 20, No. 2, pp. 239-246.
<https://psycnet.apa.org/record/2006-07278-007>, consultado el 8 de junio de 2019.
- Corrigan, Patrick; Sachiko Kuwabara; John O'Shaughnessy (2009). "The public stigma of mental illness and drug addiction: findings from a stratified random sample", *Journal of Social Work*, 9(2), pp. 139–147, Sage Publications, Illinois Institute of Technology, USA.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468017308101818>, consultado el 16 de junio de 2019.

- Cravioto, Patricia; María Elena Medina-Mora; Ingris Peláez; Rebeca Robles y Martha Romero (2011). "El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento" en Marta Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.), *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones. pp. 221-250.
- De Certeau, Michel (1996). *La invención de lo cotidiano: 1 artes de hacer*. México: Universidad Iberoamericana.
- De la Parra, Isabel, *et. al.* (s/f). "Alteraciones del eje reproductivo por enfermedades crónicas o sistémicas, sustancias tóxicas y drogas ilícitas", *Reproducción humana*.
<http://gineadol.com.ar/Documentos/Alteraciones%20del%20eje%20reproductivo.pdf>, consultado el 6 de junio de 2020.
- De Lauretis, Teresa (1989). "La tecnología del género", en Teresa De Lauretis (1989) *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, London, Macmillan Press, pp. 1-30.
<http://www.caladona.org/grups/uploads/2012/01/teconologias-del-genero-teresa-de-lauretis.pdf>, consultado el 15 de mayo de 2019.
- De Lauretis, Teresa (1993). "Sujetos excéntricos: la teoría feminista y la conciencia histórica", en María Cangiano y Lindsay DuBois comp.), *De mujer a género, teoría, interpretación y práctica feministas en las ciencias sociales*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina. pp. 73-113.
- Delgado, Gabriela (2010). "Conocerte en la acción y el intercambio. La investigación acción participativa", en Norma Blazquez, Fátima Flores y Maribel Ríos (coords.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Facultad de Psicología. pp.197-216.
- Del Olmo, Rosa (1989). "Drogas: distorsiones y realidades", *Nueva Sociedad*, 102, 81-93. http://www.nuso.org/upload/articulos/1780_1.pdf, consultado el 20 de enero de 2019.
- Denzin, Norman e Yvonna Lincoln (comps.) (2012). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa*, Madrid, Gedisa.
- De Rementería, Ibán (1998). "El escenario internacional hechos, políticas y paradigmas", En UDP, Programa Cono- Sur (comp.), *Un ángulo diferente para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas* (pp. 45-56). Santiago: Universidad Diego Portales.

Derrida, Jacques (1995). "Retóricas de la droga", *Revista Colombiana de Psicología* (4), pp. 33-44.

Duarte, Nathália; Beatriz Antunes, Cristine Moraes, Agnes Olschowsky y Leandro Barbosa de Pinho (2016). "El estigma y el prejuicio: la experiencia de los consumidores de crack", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016;24:e2680, pp. 1-7. <http://rlae.eerp.usp.br/listar-artigos/35/8>, consultado el 1 de julio de 2019.

EQUIS Justicia para las Mujeres, 2017. "Políticas de drogas, género y encarcelamiento en México. Una guía para políticas públicas incluyentes".

Escohotado, Antonio (1998a). *Historia general de las drogas 1*. Madrid: Alianza.

Escohotado, Antonio (1998b). *Historia general de las drogas 2*, Madrid: Alianza.

Escohotado, Antonio (2006). *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.

Esteban, Mari Luz (2006). "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista", *Salud colectiva*, 2(1), Buenos Aires, pp. 9-20. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000100002&script=sci_arttext&lng=en, consultado el 29 de enero de 2018.

Farías, Emmanuel (2020). "Herramientas de control social: los objetivos perversos de la prohibición", *El dispensario: diálogos sobre drogas, septiembre 2020*. <https://www.animalpolitico.com/el-dispensario-dialogo-sobre-drogas/herramientas-de-control-social-los-objetivos-perversos-de-la-prohibicion/>, consultado el 9 de noviembre de 2020.

Femenías, María (2016). "Feminismos latinoamericanos: una mirada panorámica", *La Manzana De La Discordia*, 6(1), pp. 53-59. http://revistas.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/1509, consultado el 24 de enero de 2018.

Fernandes, Luis y Marta Pinto (2004). "El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad", *Monografías Humanitas*, 5. Editada por Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona. http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_5.pdf, consultado el 13 de enero de 2019.

Fernández, Carmen; Graciela Alpízar; Patricia Gómez y Luis Sandoval (2004). *Mujeres y drogas*, México, Centros de Integración Juvenil, A.C.

- Fernández, Carmen (coord.) (2017). *Estudios del consumo de drogas con perspectiva de género*. Centros de Integración Juvenil A.C. México.
- Fisher, Andrés (2008). "Comentarios críticos a la prohibición de las drogas desde la perspectiva del construccionismo social". *Intersticios Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2, 63-70. <http://www.intersticios.es/article/view/2713/2124>, consultado el 15 de julio de 2019.
- Fleiz, Clara; Jorge Villatoro, María Elena Medina-Mora, María de Lourdes Gutiérrez, Midiam Moreno, Michelle Bretón, Natania Oliva, Marycarmen Bustos y Miguel Ángel Brambila (2011). "Consumo de alcohol y drogas en la población femenina: un análisis de los componentes sociales y de género a través de las encuestas nacionales", en Marta Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.), *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones. pp. 193-220.
- Flick, Uwe (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*, Madrid, Ediciones Morata.
- Flores, Iván y Laura Atuesta (2018). "La guerra contra las drogas y la salud mental: los efectos sobre la población general", *Cuadernos de trabajo del monitor del programa políticas de drogas*, 25. Centro de investigación y docencia económica, Aguascalientes.
- Foucault, Michel (1990). *Las tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Fordham, Anna (26 de junio de 2020). "The war on drugs is built on racism. It's time to decolonise drug policies", *International Drug Policy Consortium*. <https://idpc.net/blog/2020/06/the-war-on-drugs-is-built-on-racism-it-s-time-to-decolonise-drug-policies>, consultado el 9 de diciembre de 2020.
- Fuentes de Iturbe, Patricia (2011). "Una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones", en Marta Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.), *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones. pp. 266-290.
- Galván, Jorge y Rodrigo Marín (2011). "Sobre la atención a mujeres usuarias de drogas: cifras, barreras y modelos de tratamiento", en Marta Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.), *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones. pp. 160-178.
- Gargallo, Francesca (2004). "Ética, ética feminista y libertad", en Ximena Bedregal (coord.), *Ética feminista*, 2ª edición, fem-e-libros/Creatividad feminista, México. pp. 24-29.

- Garra, Luis (2008). "Salud mental y género", en David Alonso y Vicenta Rodríguez (comps.), *La mujer en el siglo XXI: desigualdades, retos y oportunidades II* (135-150). Instituto de la mujer, Castilla La Mancha. [http://www.academia.edu/30667275/La mujer en el Siglo XXI Desigualdad es retos y oportunidades_II_Libro_completo_](http://www.academia.edu/30667275/La_mujer_en_el_Siglo_XXI_Desigualdad_es_retos_y_oportunidades_II_Libro_completo_)
- Germain, Marisa (2007). "Elementos para una genealogía de la medicalización (segunda parte)", *Revista Cátedra Paralela*, 4, pp. 6-15. http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00052f001t1.pdf, consultado el 12 de noviembre de 2018.
- Ghiardo, Felipe (2003). "Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes", *Última década*, 11(18), pp. 123-151. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362003000100007>, consultado el 12 de abril de 2020.
- Goffman, Erving (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Goltzman, Paula y Eva Amorín (2013). "Instrumentalidad y política de las intervenciones de reducción de daños", en Paula Goltzman y Eva Amorín (comp.), *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta* (pp.53-57). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Gómez, Ingrid (2013). "Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud", tesis doctoral, Madrid, Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas.
- González, Soledad (2018). *Subjetividad, agencia femenina y representaciones de género: tres propuestas para su estudio*. El Colegio de México.
- Greenfield, Shelly; Carmen Rosa; Susan Putnins; Carla Green; Audrey Brooks; Donald Calsyn; Lisa Cohen; et al. (2011). "Gender research in the National Institute on Drug Abuse National Treatment Clinical Trials Network: a summary of findings", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 37, pp. 301-312. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160726/>, consultado el 8 de mayo de 2019.
- Hall, Stuart (2015). "Raza el significante flotante", *Intervenciones, Estudios Culturales*, núm. 1, pp.9-23.

- Harding, Sandra (2004). “¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista”, en Norma Blazquez, Fátima Flores y Maribel Ríos (coords.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Facultad de Psicología. pp.39-65.
- Harm Reduction International (2018). “Women and harm reduction”, *Global State of Harm Reduction 2018 briefing*.
<http://fileserver.idpc.net/library/women-harm-reduction-2018.pdf>, consultado el 9 de enero de 2021.
- Hernández, Jair y Jorge Galván (2011). “La mirada hacia el consumo de alcohol y drogas en las jóvenes en cuatro décadas de investigación”, en Marta Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.), *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones. pp. 71-82.
- Hernández, Roberto; Carlos Fernández y María del Pilar Baptista (2010). *Metodología de la Investigación*, (5a ed.), México, McGraw Hill.
- Hierro, Graciela (1992). “La mujer y el mal”, *Isegoría*, 6. UNAM.
- Hill Collins, Patricia (1998): “La política del pensamiento feminista negro”, en Maryssa Navarro y Catherine Stimpson (comps.): ¿Qué son los estudios de Mujeres?, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 253-312.
- Huesca, Ricardo; Víctor Manuel Guisa y Roxana Negrete (2001). “Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones.TELCIJ”, en Instituto Mexicano del Seguro Social, Observatorio Epidemiológico en Drogas, *El fenómeno de las adicciones en México*, pp. 78-80.
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/observatorio_2001.pdf, consultado el 11 de mayo de 2019.
- Inchaurrega, Silvia (comp.) (2001). *Drogas y políticas públicas: El modelo de reducción de daños*. Buenos Aires: Espacio.
- Instituto Nacional de Mujeres (2017). “Violencia sexual contra las mujeres y consumo de drogas”, *Dirección de documentación e información*.
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101277.pdf, consultado el 28 de octubre de 2020.
- Kornblit, Ana Lía (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Lagarde, Marcela (1990). "Identidad femenina", *Secretaría Nacional de Equidad y Género*, México, pp. 25-32.
https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/purificacion_mayobre/identidad.pdf, consultado el 2 de febrero de 2018.
- Lagarde, Marcela (2011). *Los Cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lapetina, Agustín (2001). La investigación y la promoción de la salud: Dos desafíos centrales de las políticas de drogas. En Curso/Diploma Insumos teórico-prácticos para la comprensión e intervención sobre el tema Drogas, 6ta Edición (2017) Flacso Uruguay – SND.
- Lasheras, María; Marisa Pires y María Rodríguez (2003). "Género y Salud". Instituto Andaluz de la Mujer. http://www.likadi.com/?page_id=298, consultado el 30 de enero de 2018.
- Le Poulichet, Sylvie (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Link, Bruce y Jo Phelan (2001). "Conceptualizing stigma", *Annual Review Sociology* 2001;27, pp. 363-385.
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>, consultado el 20 de septiembre de 2019.
- Llopis, Jaime (2005). "Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención", *Revista Salud y Drogas*. Vol. 5, Nº2, pp. 137-158.
<http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/116/113#page=137>, consultado el 10 de noviembre de 2016.
- López Hidalgo, Esperanza (2018). Sumisión química. Guía informativa para adolescentes y jóvenes, *Cuadernos de Medicina Forense*, 24(1-2), pp.23-26. Epub 13 de mayo de 2019.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062018000100023&lng=es&tlng=es, consultado el 20 de mayo de 2020.
- Lourau, René (1998). "El análisis institucional", en María Pía Pawlowicz et al., *Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. Panorámicas de salud mental: a un año de La Ley Nacional N° 26.657* (pp. 169-187). Buenos Aires.

- Luna, Noemí (2011). *Manifiesta Pacheca. Por la libertad, la vida y la dignidad de las mujeres*, México: Eterno femenino ediciones.
- Mahmood, Saba. (2006). "Teoría feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egipto", *Etnográfica*, 10(1), pp. 121-158. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612006000100007&lng=pt&tlng=pt, consultado el 3 de septiembre de 2019.
- Martínez, Patricia (2008). "Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias". Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias. Salamanca, España. <http://www.asecedi.org/docs/GENERO.pdf>, consultado el 3 de marzo de 2019.
- Mauss, Marcel (2009). *Ensayo sobre el don*, Buenos Aires: Katz Editores.
- Medina-Mora; Maria Elena (1993). "Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán", tesis doctoral, México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Medina-Mora; Maria Elena (1994). "Drinking and the oppression of women: the Mexican experience", *Addiction*, 1994, 89(8), pp. 958-960. https://www.researchgate.net/publication/229481150_Drinking_and_the_oppression_of_women_the_Mexican_experience, consultado el 24 de febrero de 2019.
- Medina-Mora, Maria Elena; Guillermina Natera y Guilherme Borges (2002). "Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas", *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*, México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, pp. 15-25. <http://www.alcoholinformate.com.mx/Alcoholismo%20y%20abuso%20de%20bebidas%20alcoholicas.pdf>, consultado el 26 de enero de 2019.
- Medina-Mora, Maria Elena; Jorge Villatoro, Claudia Rafful, María de Lourdes Gutiérrez, Midiam Moreno, Miguel Ángel López y Carlos Rodríguez Ajenjo (2011). "¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008" en Marta Romero, Maria Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.) *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones. pp. 37-70.
- Menéndez, Eduardo (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 185-207. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>, consultado el 20 de septiembre de 2019.

- Mies, Maria (1998). “¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feministas”, en Eli Bartra (comp.), *Debates en torno a una metodología feminista*, México, Programa universitario de estudios de género, Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 63-102.
- Mora-Ríos, Jazmín, Miriam Ortega-Ortega y María Elena Medina-Mora (2016). “Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City”, *Substance Use & Misuse, Volume 52, Issue 5*. pp. 594-603.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2016.1245744>, consultado el 12 de junio de 2019.
- Mora-Ríos, Jazmín y Natalia Bautista (2014). “Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental”, *Salud mental, 37(4)*, pp. 303-312.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400004&lng=es&tlng=es, consultado el 14 de agosto de 2019.
- Muñiz, Elsa (2014). “Pensar el Cuerpo de las Mujeres: Cuerpo, Belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista”, *Sociedade e Estado, 29(2)*, pp. 415-432.
- Muñoz, Elda (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: los discursos de la adicción en acción. *Revista de Psicología, 20*, pp. 25-51.
<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17931/18744>, consultado el 12 de julio de 2019.
- Muzzio, Estela; et al. (2010). “Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires, Argentina”, *Revista Argentina de Salud Pública, 1(4)*, pp. 14-19.
- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito (2005). “Tratamiento para el abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida”.
https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf, consultado el 23 de enero de 2018.
- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito (2016). “Informe mundial sobre las drogas”.
https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf, consultado el 3 de febrero de 2018.
- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito (2017). “Informe mundial sobre las drogas”.
https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf, consultado el 7 de febrero de 2018.

- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito (2018). "Informe mundial sobre las drogas". <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>, consultado el 3 de octubre de 2018.
- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito (2020). "Informe mundial sobre las drogas". <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>, consultado el 3 de julio de 2020.
- Observatorio de la Salud de las Mujeres de Andalucía (2004). "Estrategia de Acción 2004-2007". https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/lista_documentos/1, consultado el 3 de febrero de 2018.
- Olivera, Mercedes (2015). "Investigar colectivamente para conocer y transformar", en Xochitl Leyva et al. (2015) *Prácticas otras de conocimiento(s). Entre crisis, entre guerras, Tomo III*, México, Cooperativa Editorial Retos/Programa Democracia y Transformación. pp. 105-124.
- Organización Mundial de la Salud (2009). "Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud". http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1, consultado el 1 de febrero de 2018.
- Organización Mundial de la Salud (2009b). Las Mujeres y la salud, los datos de hoy la agenda de mañana. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM_09.1_spa.pdf;jsessionid=7DD3D4C739305323559D544643F60F63?sequence=1, consultado el 29 de abril de 2019.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Resumen Ejecutivo. Informe sobre la Salud en el Mundo.
- Ospina-Escobar, Angélica (2020). "Violencia sexual y reproductiva hacia mujeres que se inyectan drogas en la frontera norte de México. ¿La frontera de los derechos? *Revista Cultura y Droga*, 25(30), pp. 114-14. [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga25\(30\)_6.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga25(30)_6.pdf), consultado el 19 de diciembre de 2020.
- Parajua, Ana; Diana Rossi; Araceli Galante; Maria Pía Pawlowicz; Paula Goltzman y Graciela Touzé (2010). "Irrupción de la pasta base de cocaína. El impacto en las representaciones sociales y en los dispositivos desde los discursos de los especialistas", *Diagnosis*, n° 7. <http://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/138>, consultado el 6 de noviembre de 2020.
- París, María y Lorena Pérez (coords.) (2015). *La marca de las drogas. Violencias y prácticas de consumo*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte-Juan Pablos Editor.

- Perempuan Bersuara (2016). *Women speak out: Understanding women who inject drugs in Indonesia*. The Indonesian Drug Users Network.
<https://www.aidsdatahub.org/women-speak-out-understanding-women-who-inject-drugs-indonesia-stoicescu-c-2016>, consultado el 20 de noviembre de 2018.
- Pérez, Augusto y Marcela Correa (2011). "Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo", *Liberabit*, 17(2), Lima, pp. 211-222.
http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-4827201100200010&lng=pt&nrm=iso&tng=es, consultado el 10 de enero de 2018.
- Pérez, Lorena (2015). "Marcas físicas y morales: segregación y discriminación de las personas que consumen drogas y sus familiares", en María París y Lorena Pérez (coords.), *La marca de las drogas. Violencias y prácticas de consumo*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte-Juan Pablos Editor, pp. 137-159.
- Peyraube, Raquel (s/f). *La reducción de daños: Teoría, Metodología, Riesgos y Desafíos de una estrategia legítima*.
- Rekalde, Angel y Carlos Vilches (2003). *Drogas de ocio y diversión y perspectiva de género en la CAV*. Donostia: España.
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1101RECdro.pdf>, consultado el 6 de febrero de 2018.
- Ríos, Maribel (2010). "Metodologías de las ciencias sociales y perspectiva de género", en Norma Blazquez, Fátima Flores y Maribel Ríos (coords.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Facultad de Psicología. pp.179-195.
- Risman, Barbara (2004). "Gender as a Social Structure, Theory Wrestling with Activism", *Gender & Society*, vol. 18, núm. 4, pp. 429-450. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891243204265349>
- Rivas, Marta y Verónica Alvarado (2016). "Experiencia, acción y palabra", *Tramas*, 56, año 27. Universidad Autónoma Metropolitana de México.
- Roberts, Anna; Bradley Mathers y Louisa Degenhardt (2010). *Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs*, National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), Sydney, New South Wales.
https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_who_inject_drugs.pdf, consultado el 9 de mayo de 2019.

- Rodríguez, Eva María; Leticia Vega y Rafael Gutiérrez (2011). “Consumo de drogas en trabajadoras sexuales, niñas de calle, migrantes e indígenas”, en Marta Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.) *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones. pp. 83-100.
- Rohlfs, Izabella *et al.* (2000). “La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud”, *Gaceta Sanitaria Volumen 14*, Issue 2, 2000, 146-155. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911100714488>, consultado el 20 de enero de 2018.
- Roig, Aura (2019). “Metzineres: cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias”, *Género y políticas de drogas: enfoques innovadores frente a las leyes en materia de drogas y encarcelamiento*, WOLA, 15, pp. 120-181. <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/15-Metzineres.pdf>. Consultado el 8 de enero de 2021.
- Romaní, Oriol (1999). *Las drogas: sueños y razones*. Editorial Ariel, Barcelona.
- Romero, Marta; Cecilia Gómez, María Elena Medina-Mora (1996). “Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social”, en *Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia*, del 18 al 20 de Noviembre, Montevideo, Uruguay, 1996. <https://docplayer.es/15652277-Las-mujeres-adictas-de-la-descripcion-a-su-construccion-social-1.html>, consultado el 1 de julio de 2019.
- Romero, Marta; Cecilia Gómez, Maritza Ramiro y Alejandro Díaz (1997). “Necesidades de atención de la salud mental de la mujer adicta”, *Salud Mental*, V. 20, N° 2, pp. 38-47. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/649/648, consultado el 3 de julio de 2019.
- Romero, Marta; María Elena Medina-Mora y Carlos Rodríguez (eds.) (2011). *Mujeres y adicciones*, México, Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Room, Robin (2005). “Stigma, social inequality and alcohol and drug use”, *Drug and alcohol review*, march 24, pp. 143-155. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/09595230500102434>, consultado el 30 de junio de 2019.
- Rubin, Gayle (1998). “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo, en Marysa Navarro y Catharine R. Stimpson (compiladoras) *¿Qué son los estudios de mujeres?*, México: Fondo de Cultura Económica, pp.15-74.

- Salgado-De Snyder, Nelly y Germán Guerra y Guerra (2014). “Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012”, *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 56, n. 4, pp. 393-401. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7360/10311>
- Salgado-De Snyder, Nelly y Rebeca Wong (2007). “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez”, *Salud Pública de México*, 49 (Supl. 4), pp. 515-521. <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4792/6984>, consultado el 15 de enero de 2018.
- Sánchez, Ángeles (1996). “Cultura patriarcal o cultura de mujeres: una reflexión sobre las interpretaciones actuales”, *Política y Cultura*, (6), México, pp. 161-168. <http://www.redalyc.org/html/267/26700611/>, consultado el 29 de enero de 2018.
- Scott, Joan (1996). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México. pp. 265-302.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol, y Tabaco 2016-2017”. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>, consultado el 3 de octubre de 2018.
- Secretaría de Salud y Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC (2019). “Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México”, Ciudad de México.
- Semple, Shirley; Igor Grant y Thomas Patterson (2005). “Utilization of Drug Treatment Programs by Methamphetamine Users: The Role of Social Stigma”, *The American Journal on Addictions*, 14, pp. 367–380. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16188717>, consultado el 8 de junio de 2019.
- Sepúlveda, Mauricio (2011). El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad. Tesis para optar al grado de Doctor. Dept. d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira I Virgili. Tarragona.

- Singleton, Nicola (2010). *Attitudes to drug dependence results from a survey of people living in private households in the UK*. UK Drug Policy Commission. <https://www.bl.uk/collection-items/attitudes-to-drug-dependence-results-from-survey-of-people-living-in-private-households-in-the-uk>, consultado el 23 de mayo de 2019.
- Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones, SICECA, (2017). "Porcentaje de las drogas de impacto en los solicitantes a tratamiento".
- Soto, Enrique (2015). "El consumo de drogas y sus efectos en la construcción identitaria de los sujetos", en María París y Lorena Pérez (coords.), *La marca de las drogas. Violencias y prácticas de consumo*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte-Juan Pablos Editor, pp. 197-220.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa*, Medellín, Editorial de la Universidad de Antioquia.
- Szasz, Thomas (1993). *Nuestro derecho a las drogas*, Barcelona: Anagrama.
- Tenorio, José y Juan Marcos (2000). "Trastornos duales: tratamiento y coordinación", *Revista Papeles del Psicólogo*, 2000, n°77, pp. 58-63. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77807708.pdf>, consultado el 5 de marzo de 2018.
- Valencia, Sayak (2010). *Capitalismo gore*, España, Editorial Melusina.
- Van Den Bergh, Nan (1991). *Feminist Perspectives on Addictions*. New York: Springer.
- Vázquez-Portomeñe Seijas, Fernando (2017). "La circunstancia atenuante de embriaguez: una visión de sus elementos y requisitos en algunos sistemas penales iberoamericanos", *Política criminal*, 12(23), pp. 409-427. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992017000100011>, consultado el 11 de noviembre de 2020.
- Vielma, Jhorima (2001). "Salud mental y género". *Revista otras miradas*, Vol. 1, n°1, Junio 2001, pp. 35-42. <http://www.redalyc.org/html/183/18310105/>, consultado el 20 de enero de 2018.
- Villarreal, Ana (2001). "Relaciones de Poder en la Sociedad Patriarcal", *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, vol. 1, núm. 1, enero-junio, 2001, pp. 1-17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44710106>, consultado el 10 de enero de 2018.

Walton, Stuart (2001). *Una historia cultural de la intoxicación*. México: Océano.

Wang, Philip; Patricia Berglund, Mark Olfson y Ronald Kessler (2004). "Delays in Initial Treatment Contact after First Onset of a Mental Disorder", *Health Services Research*, 39 (2), pp.393-416.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361014/>, consultado el 29 de marzo de 2019.

Zamudio, Carlos; Pamela Chávez y Eduardo Zafra (2015). "Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México", *CUADERNOS CUPIHD, Año 4*, núm. 8. Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas AC. (CUIHD): México.