



¿Recuperarse para quién?: procesos terapéuticos de mujeres con problemas de drogodependencias en Hermosillo, Sonora

Trabajo presentado en cumplimiento parcial
de los requerimientos para la obtención del
Grado de Maestra en Ciencias Sociales

en

El Colegio de Sonora

por

Gabriela Sánchez López

Febrero 2006

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo describir las representaciones y prácticas de mujeres con problemas de drogodependencias que acudieron a diversos grupos de ayuda mutua y centros de tratamiento para drogodependientes en la ciudad de Hermosillo, Sonora, durante el año 2005.

Esta investigación, reconstruye a través de una estrategia antropológica, el sentido que se atribuye a las mujeres drogodependientes y describe la manera en que estos significados permean las distintas formas terapéuticas a las que las mujeres tienen acceso, determinando el tratamiento, pero también, las expectativas que se tienen sobre una “*mujer recuperada*”.

Las agrupaciones y centros de tratamiento para las drogodependencias en la ciudad de Hermosillo, están orientados por un sesgo de género en cuanto al tipo de terapéutica deparada para cada una de las identidades que disocia el sexo.

Con el fin de garantizar una mirada del contexto asistencial *desde las mujeres*, este trabajo recupera la voz de diez de ellas, quienes compartieron sus experiencias e impresiones sobre sus procesos de recuperación. La información se obtuvo a través de observación participante y de la aplicación de entrevistas a profundidad a las mujeres, y otras entrevistas estructuradas a profesionales y recuperadores legos en el campo de las drogodependencias en la localidad. Al mismo tiempo se llevó a cabo una amplia pesquisa hemerográfica.

Se describen los itinerarios terapéuticos de las mujeres, tendiendo siempre un puente entre sus prácticas y las representaciones que ellas tienen de sí y que la sociedad tiene de ellas.

Esta tesis permite reconstruir una panorámica sobre las condiciones de atención y tratamiento para mujeres en la ciudad de Hermosillo, Sonora, en un contexto de crisis del sistema médico sanitario, avocado al tratamiento de las drogodependencias y de una política recuperadora orientada por estereotipos de género.

A Laura y Jimmy, por todo
a Patricia y Mariano, *por fazer possível o que veio depois*

“No existen fenómenos morales,
existe solo una interpretación moral de los fenómenos”.

Nietzche

Agradecimientos

A la memoria de Lluvia (☩), quién fue tormenta y Arturo “El Pichurrín” Carretas (☩), amigos y víctimas del estigma y la persecución, a ellos gracias, pues tras su ausencia me reafirman la importancia de este tipo de trabajos.

A la Luz, incansable a la hora de montar el caballo, deseando que aparezcas de pronto, treinta líneas más allá del camino o cantando tu canción: *tu ru ru*. A D.J. Diez y a Jhon Digweed, *the beat of love*, por tantísima cura, música y baile aun en el cautiverio de la tesis, en plena revancha de la Babilonia que desprecia todo lo que no comprende: incluidos.

A mí querida *Poncita*: por tanto mar y tanta vida. A Mariano Báez, por acompañarme como un hermano. A ambos, por no escatimar en apoyo y confianza. Afectuosamente al Dr. Ernesto Isunza Vera, por su solidario humanismo. A mi familia, por ser disfuncionalmente amorosos, locos y divertidos.

A la agrupación Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, con quienes conviví y aprendí el lenguaje de la recuperación. Ellos hicieron valiosas aportaciones a este trabajo y siempre supieron comprender mi postura. A Carmen, una mujer que por principio es anónima, pero que merece hacer pública su labor en la promoción de grupos de ayuda mutua avocados a la salud, a ella, quién solidaria, me auxilió en la aplicación de los cuestionarios y me presentó con algunas mujeres que más tarde se volverían mis informantes.

A toda la banda “*fokemona*” que estuvo interna en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz durante el tiempo en que realice ahí mi práctica de campo, por su cordialidad y confianza. Al Dr. Marcos López Gómez, Dr. Oscar Campbell Araujo y Dr. Enrique Morales Minor quienes se mostraron siempre cooperativos y me facilitaron el acceso al Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. A Jacobeth, por su eficiencia y objetividad y a la trabajadora social Gladys (Hospital Nava), quién me discriminó abiertamente pero al mismo tiempo me ayudó a reafirmar que el estigma nos aleja de la salud y la fraternidad.

Al Dr. Jesús Armando Haro Encinas, quien dirigió este trabajo con creatividad, paciencia y atinados consejos: *finalmente todo fue un proceso de aproximaciones continuas*. A la metódica mirada de la Mtra. Carmen Castro que solidaria y cálida participó de cerca en la lectura de esta tesis. A la antropóloga Mtra. Gilda Salazar Antúnez – también lectora- que

siempre cordial y certera, supo introducirme a una exquisita relación de referencias bibliográficas. Confiando en que su formación crítica me permita plantearme más adelante nuevas perspectivas, pero reconociendo ante todo su fuerza para enseñar desde una experiencia vital, en el desierto académico. Al grupo de salud de El Colegio de Sonora, principalmente a la Dra. Catalina Denman Champion por su apoyo y consideración cuando fue necesario.

A Norma Alicia Munguía Sánchez, quién realizó gran parte de las transcripciones de las entrevistas y limó algunos detalles técnicos de la presentación de este documento, gracias porque en todo momento pude contar con ella y confiar en su destreza para sacarme de problemas. A Laurita y Gastón Sau por auxiliarme en la pesquisa de notas periodísticas. A mis queridas amigas del CERESO Femenil No. 2, quienes me acompañaron cálidamente durante este proceso. Gracias por su paciencia y cariño.

Finalmente deseo agradecer a todas las mujeres que compartieron conmigo sus experiencias, permitiéndonos explorar un pasaje anónimo y privado de sus vidas. A ellas, que participaron convencidas de que este trabajo era importante y útil para nosotras y que esperan que ustedes conozcan las condiciones, problemas y transformaciones que enfrentaron durante sus procesos de recuperación.

Sin duda, a toda la banda que *loqueara* “solo por hoy” (200 millones de personas en el planeta tierra durante el 2004 según la cadena de noticias *El Mundo*)* y a quienes viven por 24 horas, porque siempre serán los mejores críticos y la primera voz que necesitamos escuchar si realmente nos interesa la salud en nuestras comunidades.

* Véase: elmundo.es/elmundosalud/2005/06/29/medicina/1120057067.html, consultada en febrero del 2006.

Índice

Introducción	1
CAPITULO 1. La recuperación de los datos: historia metodológica	9
Un viaje etnográfico al <i>mundo de la droga</i> : construcción y deconstrucción metodológica	9
Técnicas empleadas	15
Etapas de investigación	16
Acceso a los espacios terapéuticos	17
Criterios de selección de las mujeres participantes	19
Encuentros y entrevistas con las mujeres	22
Cuadro 1. Encuentros y entrevistas a mujeres	25
¿Quiénes conforman las voces que recupera esta investigación?	28
Cuadro 2. Datos generales de las mujeres entrevistadas	28
Las entrevistas a funcionarios y prestadores de servicios de atención y tratamiento para las drogodependencias	29
Cuadro 3. Prestadores de servicios de atención y tratamiento	29
Pesquisa de prensa	30
El cuestionario: diseño y aplicación	31
Cuadro 4. Aplicación de cuestionarios	34
Dificultades	34
Gráfico 1. Diagramas de las técnicas y estrategias empleadas para recabar la información en campo	35
CAPITULO 2. Mujeres, drogodependencia y modelos asistenciales: discusión teórica y principales conceptos	36
Representaciones y prácticas de los procesos de recuperación de mujeres con problemas de drogodependencia	36
Consumo de sustancias y drogodependencia: el caso de las mujeres	38
Dos categorías para entender los problemas de drogodependencias entre mujeres: <i>dependencia de subordinación</i> y <i>dependencia de adicción</i>	42

El <i>doble estigma</i> de la mujer con problemas de drogodependencia	44
Las drogodependencias: una discusión desde las mujeres	47
Modelos de atención y tratamiento de las drogodependencias	49
Cuadro 5. El sentido de la recuperación desde varios modelos	60
Capítulo 3. “Saludos desde Hermosillo”: entre el <i>narco</i> y la derecha	61
Cuadro 6. La familia como eje preventivo de la política local antidrogas	69
Las adictas: representaciones sociales de las mujeres con problemas de drogodependencia en Hermosillo, Sonora	71
Las criminales	74
Las locas	78
Cuadro 7. Las mujeres con problemas de drogodependencias como “ <i>locas</i> ”.	79
Las putas	80
Madres adictas: la persecución institucionalizada del Estado	81
La retórica del rechazo en Hermosillo: “mujeres que no”.	89
Capítulo 4. ¿Qué opciones de tratamiento tienen las mujeres con problemas de drogodependencia en Hermosillo, Sonora?	92
Antecedentes	92
Cuadro 8. Egresos de mujeres el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz (2003-2005)	92
Gráfico 2. Canalizaciones para desintoxicación	94
Cuadro 9. Opciones de tratamiento desde el modelo recuperador	95
Cuadro 10. Opciones de tratamiento para mujeres en Hermosillo	96
Cuadro 11. Opciones de tratamiento que aparecen en el directorio telefónico local.	98
Descripción etnográfica de las opciones locales de tratamiento para las mujeres	99
Las flores del mal: las mujeres en el hospital	99
Gráfico 3. Plano del pabellón de adicciones del	

Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz	104
Gráfico 4. Plano del área de internamiento femenino, Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz	107
Gráfico 5. Días de internamiento de las mujeres en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz.	109
Los anexos: el <i>vía crucis</i> de la recuperación	113
El Albergue femenino: un tratamiento <i>exclusivo</i> para mujeres	118
Gráfico 6. Ruta Crítica, canalización interinstitucional para mujeres	119
Gráfico 7. Canalizaciones del DIF	124
La recuperación a través de grupos de ayuda mutua: un día a la vez	125
La tribuna: aprehender a hablar	129
El grupo: resignificando el orden cotidiano	130
La droga fatal: la mujer como factor de riesgo en el grupo	131
Cuadro 12. Síntesis de las opciones terapéuticas para mujeres en Hermosillo	134
Capítulo 5. La recuperación: nuevas mujeres y viejos problemas	135
Descripción de los itinerarios terapéuticos	135
1.- Itinerario terapéutico Alicia (2004-2005)	135
2.- Itinerario terapéutico Greta (2003-2004)	139
3.- Itinerario terapéutico Abril (1992-2005)	143
4.- Itinerario terapéutico Xaviera (2005)	145
5.- Itinerario terapéutico La Wera (2004- 2005)	147
6.- Itinerario terapéutico Sonia (2003- 2005)	149
7.- Itinerario terapéutico Lucita (1994- 2005)	151
8.- Itinerario terapéutico Carmen (1983- 2005)	154
9.- Itinerario terapéutico Susi J6 (2003- 2005)	155
10.- Itinerario terapéutico Bruma (2002- 2005)	157

Los procesos de recuperación de las mujeres: ¿recuperarse para quién?	160
Recuperarse a sí mismas o recuperar a las cuidadoras	163
Recuperar a las cuidadoras	163
Recuperarse a sí misma	163
Detonantes para tomar la decisión de entrar a un proceso de recuperación	164
Los hijos: mantener las redes de cuidados y cuidadoras	165
Cuadro 13. Detonantes para la recuperación: los hijos	166
La recuperación como coerción	167
Cuadro 14. Detonantes para la recuperación: la coerción	167
La apariencia de la salud	168
Cuadro 15.- Detonantes para la recuperación: la apariencia de la salud	169
Pensamientos, augurios y mensajes de la vida.	170
Cuadro 16. Detonantes para la recuperación: pensamientos, augurios y mensajes de la vida.	170
Representaciones de las mujeres con problemas de drogodependencia en un proceso de recuperación: la mirada de los profesionales	171
Cuadro 17. Expresiones adjetivadas de hombres y mujeres en procesos de recuperación	172
Cuadro 18. Psicologización	173
La recuperación desde las mujeres	176
Capítulo 6. Reflexiones y consideraciones finales	186
Lineamientos y expectativas: el modelo recuperador	186
Sobre las condiciones de atención y tratamiento del modelo recuperador	192
Obstáculos y limitantes	194
Sugerencias: desde el lado oscuro de la luna	195
Bibliografía	201
Anexo 1. Cuestionario	205
Anexo 2. Galería de prensa	209

Anexo 3. Relación de notas periodísticas	243
Anexo 4. Galería de los espacios terapéuticos	254

Introducción

“En manos del necio, la medicina es veneno, en manos del sabio, el veneno es medicina”.

Paracelso

En tiempos de una guerra *contra las drogas y las adicciones*, este documento es una tregua. Verá el lector que una guerra de este tipo en el contexto regional, es una batalla librada contra los hombres y mujeres que consumen drogas, sean o no dependientes a ellas. Las drogas han acompañado a los grupos humanos desde los tiempos que se pierden en la memoria, pero no así la violencia del narcotráfico y las drogodependencias. Esta tesis parte de un aquí y un ahora, a través de una mirada antropológica, que nos permite observar y registrar significados atribuidos al consumo de drogas que van desde el placer y la lúdica al problema y la obsesión. Distingo desde ahora entre estos dos extremos, que coexisten en nuestras sociedades contemporáneas.

Al avocarme al estudio de los procesos terapéuticos de las mujeres con problemas de drogodependencias, no sugiero que ese sea el destino de cualquier mujer que consuma o experimente con sustancias.¹ Tampoco parto de un juicio que valore como erráticas, carentes de voluntad o débiles a quienes han transitado por un problema de este tipo. En ningún momento mi intención sería contribuir a la construcción de la muralla del estigma que nos impide acercarnos comprensivamente a estas prácticas y sus actores.

Este trabajo se limita a describir el contexto semántico y social de las mujeres consumidoras de drogas que han desarrollado conductas obsesivas en relación a determinadas sustancias legales o ilegales, y que han acudido a un tratamiento para remediar este problema.

El estigma asociado a los consumidores de drogas es uno de los motivos por los cuales un (a) usuario (a) que muestra un deterioro en su salud o una amenaza de la misma, no llega a un servicio apropiado. La persecución y el tratamiento punitivo dificultan abordar este fenómeno como una problemática de salud. Esta situación se recrudece en las mujeres, ya que en ellas existe una tendencia al consumo oculto, es decir privado e invisible para los otros (as), principalmente relacionado con la estigmatización y marginación social frente a una mujer consumidora, y al deber ser que la sociedad y la cultura han establecido para ella.

¹ En esta tesis no se han considerado los casos de mujeres que se abstuvieron del uso de sustancias o que modificaron sus patrones de abuso de drogas de manera voluntaria y doméstica, es decir sin acudir a un centro de tratamiento. Es esta una limitante pero también una consideración para futuras investigaciones.

Por esta razón, las mujeres demoran más en acercarse a alguna instancia que les ofrezca ayuda, atrapadas por la imagen mítica de la sociedad sobre la *mujer drogadicta*, como una perdida, las mujeres sufren doblemente por ser consideradas no sólo enfermas, sino también y, ante todo, inmorales.

La recuperación es un proyecto terapéutico que implica una concepción integral del individuo y que persigue tocar diversas esferas de su existencia, en el orden de la biografía propia, de las emociones y el espíritu. De este modo las drogodependencias representan el nuevo paradigma que enfrentan los sistemas de salud en el mundo, ante al reto de asistir un problema que algunos han identificado como del vivir y al que otros le ha dado una etiología *noógena*, es decir, del espíritu que debe sanar.

En un libro sobre salud, leí que en la medicina ayurvédica el médico mira al paciente como alguien que merece estar sano y no pude evitar relacionar las representaciones que recopila esta tesis frente a tal sentencia, ¿los prestadores de servicios de salud y la sociedad en general miran a las mujeres con problemas de drogodependencias como sujetos que merecen estar sanos? Sin duda, pero, ¿para qué? o mejor aun, ¿para quién?

Esta tesis reconoce que ante todo el sentido de la recuperación esta dado por las mujeres en sus contextos, no solo asistenciales, sino de vida. Para algunas mujeres este proceso puede prolongarse por tiempo indefinido y convertirse en una metodología del vivir, en aquellos casos en los que la recuperación implica un trabajo interno orientado por el deseo, muchas veces de suspender el dolor y la autodestrucción asociada al consumo problemático. Pero este encuentro consigo mismas durante los procesos de recuperación no siempre ocurre, en la mayoría de los casos, las mujeres responden a la emergente necesidad de los suyos de recuperarlas para el cuidado de los demás, es decir, para garantizar su participación activa en la organización social de la asistencia.

La recuperación es definida por la mayor parte de las instituciones que realizan este tipo de acciones, no sólo como un medio para dejar de consumir, sino también un mecanismo por el cual se transforma la forma en que el individuo se ha relacionado con el medio y consigo mismo hasta el momento. Desde esta perspectiva, un proceso de recuperación puede ser visto como un proceso de cambio cultural, donde códigos, relaciones y visión de mundo son modificados; incluso quienes en él participan hablan de nacer de nuevo.

Pero para las mujeres los procesos de recuperación se presentan ambiguos, si nos planteamos la pregunta que orienta a esta investigación: ¿recuperarse para quién? Lo que también podría entenderse como ¿recuperarse según quién? Las expectativas que el *modelo recuperador* tiene sobre las mujeres con problemas de drogodependencias responden a un retórica de género, que estereotipa el papel que desempeñaran las mujeres en sus vidas. Se trata de un retorno a los mismos roles que han rechazado, negado o que las han *enloquecido*: ser una buena mujer según las exigencias de una cultura patriarcal.

Es por ello que el *modelo recuperador* no atiende las necesidades de las mujeres con problemas de drogodependencia sino las necesidades de un orden social que ya ha designado un papel para las mujeres en la cultura, en un proceso que intenta reconciliarlas, para asumir, aun contradictoriamente, sus roles tradicionales como madres, esposas o hijas. Este proyecto recuperador es una misión moral y social que ha creado para ellas programas “exclusivos”, donde la recuperación femenina se presenta como una preocupación especial por atender.

Sabemos que las drogodependencias no se *curan*, es decir, no pueden ser tratadas a la manera en que se trata un agente externo como un virus. Es por ello que nadie puede garantizar a nadie la efectividad de un programa terapéutico sobre otro. Hay quienes incluso, pese a la tortura y la humillación, optan por procesos terapéuticos punitivos, en donde la culpa y el escarnio conducen a la recuperación y les son efectivos. Para otras, la convivencia y la identificación con otros (as) que comparten su problema es un elemento terapéutico muy efectivo; otras más lo viven como un pasaje médico o una urgencia biológica por contrarrestar un síndrome de abstinencia. Este abanico de posibilidades son apenas unos ejemplos, en su conjunto todos ellos nos recuerdan que los afrontamientos son tan diversos como estemos dispuestos a reconocer, de tal modo que no podemos garantizar que existe un solo camino para transitar por la *recuperación*, como muchas veces se afirma, desde las distintas formas terapéuticas que se ofertan en la ciudad de Hermosillo, Sonora y otros lugares de México.

Nos enfrentamos a un problema de salud en donde los profesionales que parten de un modelo médico hegemónico presentan remedios parciales y limitados pero no por ello inútiles. Sin embargo, sabemos que la labor de todo médico en este proceso termina una vez que canaliza el suero y suministra un protocolo medicamentoso. La recuperación como

un modelo de atención y tratamiento de las drogodependencias, intenta ofrecer otras opciones para la atención integral del individuo, a través de terapias psicológicas y ocupacionales, inclusive religiosas o espirituales. Sin embargo, en esta tesis el lector sabrá que el *modelo recuperador*, como lo he denominado, responde a un proyecto orientado por una retórica de género, y sus contenidos terapéuticos se apegan estrictamente a estas representaciones, en donde las mujeres se plantean como sujetos por recuperar ante la emergencia social de proteger a quienes se encargaran de la crianza y de la organización del ámbito privado.

El proceso de recuperación también puede permitir a una mujer volver al consumo placentero, eliminando la obsesión y las conductas compulsivas y resignificando el uso de sustancias a través de una nueva relación con ellas. También puede propiciar un cambio positivo en cuanto a sus prácticas de autocuidado. Sin embargo, estos otros niveles de la realidad no son considerados por los recuperadores legos y profesionales, debido a que la recuperación es también sinónimo de sobriedad y la sobriedad, es otro de los elementos valorados desde un proyecto moralizador, que también coincide con una política antidrogas.

A través de esta investigación el lector podrá documentarse sobre las representaciones y prácticas de las mujeres con problemas de drogodependencia, en sus trayectorias por centros de atención y tratamiento en la ciudad de Hermosillo, Sonora, una ciudad ubicada al noroeste de México a tres horas de distancias carretera de la frontera con Estados Unidos. Al mismo tiempo presenta un abanico de significados que la sociedad atribuye a ellas, objetivo que se alcanzó a cubrir a través de la recopilación y análisis de notas periodísticas. En este trabajo se invita a reconceptualizar los procesos de recuperación de las mujeres a través de las mismas mujeres, y no de las expectativas falsas de un modelo recuperador orientado por propósitos morales. Como un trabajo exploratorio y un primer acercamiento a esta temática ofrezco una aproximación a ese contexto de significados y prácticas, para así poder responder a la pregunta ¿Quién establece las expectativas que se tienen de una mujer recuperada? ¿Existe una medición para saber quien ha transitado satisfactoriamente hacia la recuperación y quien ha fracasado?

¿Recuperarme para quién? es la pregunta que subyace a este trabajo, para responder esta interrogante me he dado a la tarea de describir la estructura operativa de los programas y

políticas asistenciales diseñadas para las mujeres en Hermosillo, Sonora. Los procesos de recuperación son sin duda pasajes irrepetibles, alejados de las pretensiones médicas y psicológicas, debo enfatizarlo, pues se trata de procesos de vida y no propiamente de modelos asistenciales. Sus rutas dependen tanto de las condiciones sociales de las mujeres como de las representaciones bajo las cuáles se ha diseñado determinado modelo. Por ejemplo, la mirada médica ha hecho lectura biologicistas, que se establecen como explicaciones hegemónicas de la realidad, pero estas perspectivas reducen la subjetividad de quienes experimentan estos procesos a un funcionamiento cerebral normal.

Este trabajo quiere abrir un agujero a través de las murallas del estigma, para ver de cerca a los protagonistas de un drama urbano, en una sociedad que se debate entre el conservadurismo y la trasgresión. He intentado hacer de este trabajo una recolección de datos que nos permitan observarnos a través de un espejo, reconocernos como parte de una sociedad que reproduce una *retórica del rechazo* y que edifica relaciones desiguales, de subordinación y en definitiva de adicción.

Por todo lo anterior, el consumo abusivo de drogas, la drogodependencia, es un fenómeno social y cultural que no puede ser considerado en forma aislada, ya que se encuentra interrelacionado con otros, principalmente con las situaciones de desigualdad social a las que nos expone un modelo económico-social donde la realización individual se encuentra definida por el éxito, éxito que demanda un amplio desgaste en algunos (as) individuos para poder alcanzarlo (sectores socioeconómicos medio y alto) y que en otros (as) produce profundos niveles de frustración por ver vetadas todas las alternativas para lograrlo (sector socioeconómico bajo).

El título de este documento, recupera el hilo conductor del texto, que entre líneas no deja de invitarnos a reflexionar en los procesos de recuperación *desde* las mujeres, al hacernos directamente la pregunta ¿recuperarse para quién?. Sin embargo, para entender la estrategia metodológica empleada, el lector debe conocer antes la respuesta a otra interrogante ¿quién recupera estos datos?

La antropología educa para reconocernos en los demás, te hace consciente de que aquello que ves de los otros es una construcción subjetiva de la realidad, una percepción que nace de quien observa al observado, sin ignorar que el observado también advierte y que ambos suelen ir mas allá de un intercambio de miradas para complicarlo todo al establecer una

relación humana. De tal modo que para quien ejerce la antropología, el otro es al mismo tiempo el sí mismo o como lo diría Ricoeur *el sí mismo como otro*. Esta postura promete algo más que un juego de palabras, me ha permitido ubicarme a mi misma como punto de partida de las reflexiones que aquí se han compilado, respaldada por el rigor conceptual y metodológico que exige todo documento antropológico ¿En que beneficiaría partir de una perspectiva semejante para comprender los procesos de recuperación de las mujeres con problemas de drogodependencias? En primer lugar y de manera general nos permite producir una ciencia social más humana, toda vez que reconoce en sus encuentros la factura de nosotros como creadores e implicados del mundo social que estudiamos, en todo caso una ciencia social que admite que nuestro quehacer investigativo es una artefacto cultural, permeado por un aquí y un ahora.

En segunda instancia evocar mi experiencia como consumidora de sustancias y usuaria de servicios de salud para la atención y tratamiento de drogodependencias me ha sido vital para establecer una relación comunicativa y de confianza con las mujeres y los hombres que participaron en este trabajo, incluso con los recuperadores y profesionales de la salud en este campo, permitiéndome conocer sus lenguajes del verbo y del cuerpo, su humor y sus normas. El compartir información sobre el uso y experimento con drogas, me facilito de sobremanera establecer contacto y mantener una comunicación sincera y descargada de las expectativas y pretensiones de las charlas terapéuticas, en muchos momentos, nuestros encuentros verbales fueron meramente narrativos, improvisados y gozosos, al recordar hazañas o vericuetos que todo consumidor de sustancias reconoce. Posibilitaba que las mujeres se sintieran identificadas, extrañamente coludidas en el secreto de la transgresión, de ser lo que se dice “*morras locas*” en el argot local.

Creo también que desde esta lógica es posible plantear un debate en donde los consumidores de sustancias, dependientes o no, participemos de manera conciente, por ejemplo, a través de la exposición de estudios de caso que permitan conocer mediante nuevas perspectivas estos avatares de la salud. Sin duda me da la oportunidad de desarrollar un trabajo sincero, con el cuál me siento cómoda. Desde mi perspectiva esto no es una virtud de estilo o un aditamento novelado para un documento de la ciencia, sino otra herramienta metodológica para cuestionar el mundo en que vivimos, una forma de

responder propositivamente y también un acto reflexivo que todo investigador debería ejercitar aun sea en el silencio de sus cabiles.

Entonces, resulta necesario hacer evidente lo que para muchos científicos es un tabú, admitir que nuestras pesquisas son correrías que vienen como remanente de una biografía, la nuestra.

En el **Capítulo I** describo la estrategia metodológica que respalda a este estudio. Me empeño en que el lector se familiarice con la forma en que obtuve los datos que registra esta investigación y con los criterios en base a los cuales entrevisté a determinadas mujeres, recuperadores y prestadores de servicios de salud en el campo de las drogodependencias. Comparto con ustedes una panorámica sobre mi encuentro con las mujeres, el acceso al hospital y a los grupos de ayuda mutua.

El **Capítulo II** es auxiliar en la ubicación de los conceptos que desde las ciencias sociales nos permiten sentar las bases para una discusión sensible a la dimensión analítica de género. En el contenido que este capítulo desarrolla encontramos las ideas de Elizabeth Ettorre y Marcela Lagarde, en relación a las formas de dependencia y de locura que la cultura tolera a las mujeres. Se plantea la condición de *doble estigma* de la mujer con problemas de drogodependencia y se hace hincapié en un cambio de perspectiva que visualice los problemas de estas mujeres y no a las mujeres como problema es decir, como sujetos transgresores. También ofrece una panorámica de los principales modelos terapéuticos a los que una mujer puede acceder en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Sin describirlos todavía, permite ubicar la historia y conceptos que anteceden a cada modelo.

El **Capítulo III** invita al lector a conocer el contexto en el que se desarrolló esta investigación. “*Saludos desde Hermosillo*” es un mensaje irónico que nos recuerda el viejo adagio, “*lo que no has de querer, en tu casa has de tener*”. Este capítulo expone los discursos contradictorios de la sociedad hermosillense, que postula una política antidrogas, cuando vive con ellas, sin resolver la demanda en servicios de salud que esto supone. El texto se desarrolla exponiendo casos publicados en la prensa local en relación a mujeres involucradas en el tráfico o el consumo de drogas. Se trata de una galería de notas periodísticas que dibujan el perfil de las “*mujeres adictas*”: criminales, putas, locas, malasmadres, etc.

Para el **Capítulo IV** me di a la tarea de responder a la pregunta ¿cuáles son las opciones terapéuticas a las que una mujer con problemas de drogodependencia puede acudir en la ciudad de Hermosillo, Sonora? El lector podrá consultar una relación de opciones de tratamiento y conocer la estructura del sistema asistencial. Describo entonces uno a uno los centros y programas de atención y tratamiento a los que tienen acceso las mujeres. Aquí se exponen los fundamentos, operación y estructura de lo que he llamado el *modelo recuperador*, develando los significados que se atribuyen a la recuperación de las mujeres.

El **Capítulo V** nos ofrece la exposición de los diez itinerarios terapéuticos de los que se nutrió esta tesis. Se trata de información general sobre ellas, datos que permiten recrear las circunstancias y condiciones de sus itinerarios. Aborda los significados atribuidos por las mujeres a sus procesos de recuperación, da cuenta de las representaciones que se tienen sobre ellas en el marco de los modelos de atención y tratamiento. Nos permite conocer el sentido de la recuperación desde dos perspectivas: la de las mujeres y la de los prestadores de servicios de salud.

La última parte **Reflexiones y consideraciones finales**, nos permite redondear los contenidos revisados a lo largo de este documento e identificar líneas de acción, reiterándonos que las discusiones siguen con nuevos rumbos pero siempre desde la necesidad de construir sociedades más inclusivas en donde todos tengamos un verdadero derecho a la salud.

Gabriela Sánchez *tutu*,
Villa de Seris, enero 2006

1.- La recuperación de los datos: historia metodológica

Un viaje etnográfico al *mundo de la droga*: construcción y deconstrucción metodológica

La imagen clásica del etnógrafo está asociada a un trotamundos de destino exótico, andador de páramos lejanos que invariablemente conducen hacia la alteridad. Esta idealización del oficio etnográfico es herencia directa de los primeros viajeros que figuran en la historia, particularmente de aquellos que supieron registrar sus impresiones sobre el “otro”. La idea se ha abandonado, cada vez menos el etnógrafo es el observador detallado de pueblos lejanos o *tristes trópicos*, y cada vez más es el viajero que tiene por destino su comunidad, impresionado por el sentido de lo propio, *que una vez en el contexto del análisis debe resultarle lejano*.² En el caso de estas notas el destino es el -siempre entrecomillado- “mundo de la droga”.³

La condición de este mundo es en primer lugar simbólica. Para acceder a él debemos asumir que las representaciones y prácticas del consumo de drogas en la cultura son parte de un proceso de construcción social.⁴ El “mundo de la droga” a sido edificado socialmente mediante significados que en apariencia lo localizan a una distancia prudente del contexto social que lo cimienta; insinúa que los eventos relacionados con las drogas forman parte de un orden ajeno a la cultura. Asumir el reto de una investigación social en el campo de las drogodependencias implica también estrategias metodológicas que nos permitan ir más allá de lo meramente representacional a través de una deconstrucción de los significados que le dan sentido a este supuesto, “otro mundo”. La primera pregunta que surge es ¿cómo acceder a un “mundo” blindado por simbolismos?

Toda propuesta constructorista implica un momento metodológico de deconstrucción, porque *cuando de conjuntos sociales hablamos, la construcción-deconstrucción no debe referir exclusivamente a la teoría (sistema de representaciones), sino sobre todo a las*

²Galindo Cáceres, Luis Jesús. 1998. **Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación**. México: Addison Wesley Longman, p. 347.

³ En este trabajo el “mundo de la droga” comprende a consumidores y traficantes, pero también a las dependencias de salud institucionalizadas y/o civiles, que albergan a los contingentes de usuarios de servicios.

⁴ “La droga es, básicamente, lo que los conjuntos sociales y sujetos, en sus relaciones de hegemonía-subalternidad hacen con las drogas, y no solo lo que las drogas hacen con los sujetos y grupos”. Romaní, Oriol. 1999. **Las drogas: sueños y razones**. Barcelona: Ariel, p. 8.

*prácticas y a las actividades utilizadas por los actores, o mejor dicho, a la articulación de ambas.*⁵

Entrar entonces a un mundo protegido por representaciones implica acceder también a las prácticas de los actores sociales que en él habitan, coincidiendo con Menéndez, en cuanto a que “...la realidad social –salvo excepción- no aparece o existe como construcción para el actor social que utiliza sus saberes, en este caso respecto de las drogas; los conjuntos sociales y sujetos no viven sus saberes como construcciones sociales sino como comportamientos orientados hacia la práctica. La necesidad de certidumbre –por supuesto, en la incertidumbre- requiere de acciones inmediatas no vividas como construcciones, sino como acciones”.⁶

La investigación en el campo de las drogodependencias esta mediada por el estigma, pero no solo en cuanto a la percepción cultural de los actores sociales. En el ámbito académico y profesional tampoco se suele trascender el sentido común dominante. Las investigaciones en el ámbito penal y médico han contribuido a reforzar el estigma.⁷ Desde el terreno de las Ciencias Sociales tampoco se han planteado muchas propuestas efectivas en este sentido, pues ha primado una visión positivista, meramente cuantificadora de su prevalencia en grupos institucionalizados como cárceles y hospitales.⁸

Cada vez más circulan investigaciones que se valen de una estrategia etnográfica para el estudio de las drogodependencias,⁹ pero aun son pocas. Partiendo de una posición crítica para la que la realidad social es construida a través de prácticas sociales, se considera que el alcance del conocimiento de la realidad social sólo es posible a través de la comprensión hermenéutica, vivida y observada en primera mirada. Es por esta razón, que la aproximación al objeto de estudio en esta investigación se ha realizado atendiendo al lenguaje, los significados compartidos y las relaciones que establecen las *mujeres con*

⁵ *Ibíd.*, p. 8.

⁶ *Ibíd.*, p. 9.

⁷ *Ibíd.*, p.154.

⁸ *Ibíd.*, p.154.

⁹ Para la consulta de estudios etnográficos sobre drogodependientes, véase: Haro Encinas, Jesús Armando. “Bailando con el mono y con el bicho: etnografía y adherencia terapéutica a antiretrovirales entre adictos a la heroína con SIDA en el barrio chino de Barcelona”. En: Trabajo Social y Salud (Zaragoza) No. 39, 2001: 277-319. Los trabajos de Patrick Biernacki, Reyes Ramos y Hans T. Verbrack que aparecen en la compilación de Lambert son ejemplos útiles que también han partido desde la etnografía. Véase: Lambert, Elizabeth (comp.) 1990 **The collection and interpretation of data from hidden populations**. NIDA Reserch Monograph 98, Rockville, MD. Pp. 96-112 Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/98.pdf> (Consultado octubre 2005).

problemas de drogodependencia (MCPD)¹⁰ con los servicios de atención y tratamiento, a través de los miembros de la comunidad de profesionales de la salud y terapeutas o recuperadores legos.

En esta propuesta también reafirmamos la necesidad de un *ir más allá* a través de una estrategia etnográfica, que nos permita llegar a los actores sociales involucrados aplicando un acercamiento holístico, ya que el *problema de las drogas* no puede tratarse de manera unicausal o aislada, a través de lecturas individualistas o psicologistas:¹¹

“no puede analizarse estudiando la personalidad del “drogadicto” de modo aislado, o los efectos de las “drogas” en sí; (...) Es necesario analizar también la sociedad que genera el estereotipo de “droga”, que rotula con ese estereotipo a unos sujetos si y a otros no, que crea así una percepción de amenaza y que, por último, trata de lidiar con ella definiéndola bien como un problema moral, bien como una cuestión legal o como una enfermedad”.¹²

El carácter relacional del análisis antropológico permite contemplar desde una óptica global los fenómenos que pretende comprender, considerando tanto el contexto sociocultural como los diversos niveles de la realidad y la articulación de los mismos.¹³ Para Romaní la construcción social del “problema de la droga” implica un proceso de estigmatización que resulta útil para controlar a los grupos sociales que aun no han sido “contaminados” y no para incidir en los cambios de comportamientos de los involucrados.¹⁴ De hecho y regularmente, los involucrados nunca *están ahí*, o están en su variantes de enfermos o delincuentes, dos identidades devaluadas que los alejan en mucho de su ser social y psicológico.

El *estar ahí* en toda su desnudez brinda una enigmática fuerza al ejercicio etnográfico y nos admite como testigos concientes de los procesos cognitivos que tienen lugar en la

¹⁰ Aunque no en todos los casos, el lector podrá obviar la expresión *mujeres con problemas de drogodependencias* al ver sus iniciales “MCPD”.

¹¹ “Psicologización es un término empleado para describir la importancia de los factores psicológicos en la enfermedad cuando existe poca o ninguna evidencia que la justifique. En muchos casos refleja una falta de conocimientos y/o una carencia de recursos (Goudsmit y GDA, 1991)”. Citado por: Goudsmit, Ellen M. 1996. “Capítulo 1: ¡Todo es mental! Puntos de vista estereotípicos y la Psicologización de las enfermedades de la mujer”. En: Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. **Mujer y Salud. Una perspectiva feminista**. Paidós: Barcelona.

¹² Lamo, Emilio. 1993. **Delitos sin víctima. Orden social y ambivalencia moral**. Madrid: Alianza Editorial, p. 93.

¹³ Romaní, Oriol, Op. cit. Barcelona, 1999, p. 150.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 153.

investigación, permitiéndonos reconocer que somos parte del mundo social que estamos estudiando,¹⁵ avanzando con ello un paso en la comprensión del epopéyico debate entre los contrarios aparentes: objetividad y subjetividad. Siguiendo a Romaní la etnografía como estrategia, produce una aproximación cualitativamente distinta, que proporciona al análisis:

- a) Una visión más allá del sentido común y la estigmatización imperante.
- b) Una interpretación en los términos de su propio contexto.
- c) Capacidad para establecer relaciones subjetivas entre los implicados con la finalidad de acercarnos a sus discursos y develar la lógica de sus actos, encaminando nuestro esfuerzo a la comprensión del fenómeno.
- d) Una perspectiva holística.

Otra dificultad que nos permite campar la perspectiva etnográfica es el trabajo con “poblaciones ocultas”.¹⁶ Para los miembros de una población oculta asumir abiertamente determinada identidad frente a la sociedad y ante el investigador implica un riesgo, ya que habitualmente los habitantes de una comunidad oculta son personas asociadas al crimen, a la corrupción y a la trasgresión en general.¹⁷ Por naturaleza, una población oculta no es materia de censos ni sus miembros son sujetos que se presentan de forma evidente o directa, pues generalmente sus prácticas se llevan a cabo en el anonimato.¹⁸ Ello implica estrategias y pericias metodológicas que no se presentan como necesarias en otro tipo de investigaciones; y aunque en el caso de los usuarios de drogas localizamos poblaciones de control como las que habitan en cárceles y hospitales, la forma sustantiva de la práctica en ámbitos más cotidianos corre el riesgo de pasar desapercibida, de circunscribirnos solo a estos espacios.¹⁹ En el caso de las mujeres con problemas de drogodependencia, conocerlas

¹⁵ El carácter reflexivo de la investigación social alude al reconocimiento de que “somos parte del mundo social que estudiamos. Y esto no es meramente una cuestión metodológica, es un hecho existencial”. Hammersley Martín y Paul Atkinson. 1994. **Etnografía. Métodos de investigación**. Barcelona: Paidós. Pp. 29.

¹⁶ Romaní, Oriol, Op. cit. Barcelona, 1999, p. 55.

¹⁷ Adler, Patricia “Ethnographic Research on Hidden Populations: penetrating the Drug World”. En: Lambert, Elizabeth (comp.) 1990 **The collection and interpretation of data from hidden populations**. NIDA Research Monograph 98, Rockville, MD. Pp. 96-112 Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/98.pdf> (Consultado octubre 2005), p. 99.

¹⁸ Wiebel, Wayne W. 1990 “Identifying and gaining access to Hidden Populations” En: Lambert, Elizabeth (comp.) 1990 **The collection and interpretation of data from hidden populations**. NIDA Research Monograph 98, Rockville, MD. Pp. 96-112 Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/98.pdf> (Consultado octubre 2005), p. 6.

¹⁹ Otros esfuerzos se han avocado a ampliar el espectro de escenarios para la localización de poblaciones ocultas, como es el caso de la investigación de Patricia Ravelo sobre representaciones y prácticas de la

a través de espacios no institucionalizados (hogar, club nocturno, trabajo) hubiera requerido de mayor inversión de tiempo y costos; además los espacios para localizarlas son diversos y numerosos, y de encontrarlas su participación sería trabajosa, pues, como he dicho, para estos grupos asumir su identidad “oculta” no es sencillo. Es por ello que en esta propuesta, conocer a las mujeres con problemas de drogodependencia, fue posible mediante la identificación de informantes clave en *grupos de ayuda mutua*, a los que en lo sucesivo denominaremos GAM’s y el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, al que nos referiremos en este capítulo como *hospital*.²⁰

Pero el trabajo etnográfico no es una estrategia solo para acceder a poblaciones ocultas en el contexto del consumo de drogas. Para Romaní existe tres necesarios ámbitos de investigación social de las drogas desde la etnografía: a) aquellos que aluden a las situaciones microsociales de la práctica (estudios entre usuarios), b) el estudio de las instituciones y los profesionales dedicados a la intervención y c) lo relacionado con el comercio ilegal de drogas.²¹

En este trabajo se consideran los dos primeros ámbitos de estudio. En el caso de la investigación de instituciones y profesionales dedicados a la intervención, la etnografía también es un recurso que nos permite *analizar las interacciones entre usuarios e instituciones asistenciales, contrastar las prácticas y los discursos que se dan en ellas, seguir las formas de aplicación concreta de los programas propuestos, especificar las propias posiciones de los profesionales respecto a la institución, etc.*²² Entre este tipo de instituciones el etnógrafo también está preparado para actuar y brindar al análisis un sentido holístico que permita rescatar el sentido de los eventos cotidianos que se dan en las instituciones de salud profesionales y civiles como GAM’s, anexos²³ y comunidades terapéuticas.

alcoholización femenina entre obreras. Véase: Ravelo Blancas, Patricia. 2000. “Representaciones y prácticas de alcoholización femenina: experiencias de un grupo de obreras del vestido”. En: Mercado Martínez, Francisco y Teresa Margarita Torres López, **Análisis Cualitativo en salud. Teoría, método y práctica**. Guadalajara: Plaza y Valdéz, U. de G., Pp. 195-221.

²⁰ Aun así la búsqueda de mujeres a través de instituciones era difícil, debido a todos los elementos asociados con el estigma; muchos centros terapéuticos como anexos o comunidades terapéuticas, son inaccesibles para los fines de esta y otras investigaciones.

²¹ Romaní, Oriol, Op. cit. Barcelona, 1999, p. 157.

²² *Ibíd.*, p.158.

²³ Centros rehabilitadores no profesionales, coordinados por *ex-drogodependientes* en recuperación.

En el caso de esta investigación, se identificó a las mujeres con problemas de drogodependencia a través de una estrategia que contemplaba espacios institucionalizados para el contacto con posibles informantes clave, que me auxiliaran mediante el método *bola de nieve*²⁴ a generar otros contactos. Pero para los fines de esta investigación era de vital importancia conocer a las mujeres en sus contextos, no solo asistenciales, sino en el ámbito privado: en el hogar. En la tesis de C. Denman sobre mujeres obreras de la maquila en Nogales, la autora cita a Carter para enfatizar la necesidad de trabajar en *otros ámbitos* allende al laboral, quien interpreta para ello el concepto de agencia humana “no como una secuencia de hechos de decisión y planeación, -la vida tradicional-, sino como el monitoreo y la racionalización de un flujo continuo de conducta, que en que la práctica constituye una relación dialéctica entre personas que actúan en un contexto definido”.²⁵

En el estudio de las drogodependencias, los acercamientos positivistas y otros de carácter moral, han impedido una comprensión real de los actores sociales involucrados. El concepto de agencia permite recuperar la voz de las mujeres *como actoras sociales de las historias de sus vidas*.²⁶ Este interés nos posiciona desde una perspectiva sensible al género que nos invita a ver a las mujeres y explicar el mundo desde la posición de las mujeres.²⁷

En este trabajo partimos de que la investigación es un proceso móvil y no rígido, por ello se optó por un diseño de investigación abierto y circular, con el propósito de negociar cambios y adaptarnos a la realidad experimentada y percibida, considerando las contingencias propias de un proceso de investigación en donde los encuentros no son propiamente el resultado de la adhesión a un diseño previamente elaborado sino la capacidad de reelaborar objetivos y estrategias, considerar nuevos acercamientos y valorar las oportunidades espontáneas de acceso, seguir en todo caso, una *intuición*

²⁴ Atkinson, Rowland and John Flint. 2001. “Accessing Hidden and Hard-to-Reach populations: snowball research strategies. Social research up date”. Department of Sociology. University of Surrey. United Kingdom, Ed. Nigel Gilbert. Disponible en: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33> (consultado noviembre 2005).

²⁵ Denman Champion, Catalina A. 2001. “**Prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, México**”. El Colegio de Michoacán. Zamora: Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, p. 130.

²⁶ *Ibíd.*, p. 130.

²⁷ Ettorre, Elizabeth y Elianne Riska. “Psychotropics, sociology and women: are the “halcyon days” of the “malestream” over? **Sociology of Health & Illnes**, Vol. 15 No. 4, 1993 p. 503-524 1993, Editorial Board, Cambridge, p. 505.

*fundamentada,*²⁸ esto es, permitirnos todo tipo de ajustes sin alterar la lógica y los principios generales de la propuesta de trabajo. Esta opción es eficaz y económica, posibilitándonos ahorrar costos altísimos frente a lo imprevisible; en este sentido ajustarse a un programa rígido y estricto supone un margen de riesgo muy amplio: *El rigor metodológico no corresponde por necesidad a la eficiencia de la propuesta, en más de un sentido puede entorpecerla.*²⁹

El diseño abierto y circular de investigación me permitió reconsiderar nuevas preguntas a la luz del contexto de campo. Por ejemplo, variantes a las que no se les prestó atención en el diseño original fueron desarrolladas en campo: a) Diagnósticos psiquiátricos entre mujeres con problemas de drogodependencia, b) El significado del placer en sus vidas y la c) Autopercepción del cuerpo femenino.

Técnicas empleadas

Las técnicas cualitativas de las que me he valido en campo para desarrollar esta propuesta etnográfica fueron principalmente:

- a) Entrevista en profundidad y
- b) Observación participante (propia de un acercamiento etnográfico)

Con el objetivo de tener mayor libertad en el diseño de la conversación con las mujeres, opté por aplicar entrevistas en profundidad. Indeseable se presentaba la objetividad en estos encuentros.³⁰ El carácter reflexivo de la entrevista en profundidad me permitió trabajar temas profundos para estas mujeres. Orientada por una guía de tópicos a tratar, pero sin un rigor en cuanto a la forma y tiempo en que aplicaría las preguntas, intenté que la conversación estableciera su propio ritmo y que “las cosas se fueran dando”, dirigiendo de un modo u otro la charla hacia los campos vivenciales que me interesaba conocer a profundidad, tales como: sus itinerarios en el consumo de drogas, sus preferencias y

²⁸ Denman, Catalina A. y Armando Haro (comps.). 2000. “Introducción: Trayectorias y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social”. En: **Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social**. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.

²⁹ Galindo Cáceres, Luis Jesús, Op. cit. México, 1998, p. 353.

³⁰ La entrevista en profundidad fue considerada teniendo en cuenta que: “A medida que progresa la conversación, el entrevistador se ira interesando más por significado que por hechos, por sentimientos que por conocimientos, por interpretaciones que por descripciones, y tomará al entrevistado como un sujeto apasionado, partidista y comprometido, incapaz de mantener la objetividad y la neutralidad descriptiva”. En: Ruíz Olabuénaga, José Ignacio y Ispizua, M.A. 1989. “La entrevista en profundidad” **La descodificación de la vida cotidiana**. Bilbao: Ed. Universidad de Deusto, p. 129.

dinámicas de consumo, así como sus percepciones y valoraciones sobre los procesos terapéuticos experimentados.

Debido a que los procesos de recuperación no siempre eran vividos de manera conciente o que muchos de ellos estaban vinculados con experiencias que rara vez se habían verbalizado de manera organizada, la entrevista en profundidad me permitió sondear y acceder a estos rincones de las vidas de las mujeres participantes, de una manera más sutil y práctica que cualquier otra técnica no me lo hubiera permitido. Estas técnicas cualitativas me permitieron en su conjunto obtener valiosa información que de otro modo no hubiera sido posible recolectar.

El resto del material lo componen por un lado, entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales y recuperadores en la atención y tratamiento de las drogodependencias, y por otro, los hallazgos de la pesquisa hemerográfica y los resultados de la aplicación de un cuestionario. La aplicación del cuestionario³¹ no tuvo la capacidad de generalización que ofrecen los datos meramente cuantitativos, pero fue útil para la edificación de una panorámica de características generales de las mujeres que acudían a servicios de atención y tratamiento para las drogodependencias.

Etapas de la investigación

Este trabajo de investigación se realizó en cuatro etapas de campo, comprendidas entre octubre de 2004 a julio de 2005 en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

- a) Observación participante y entrevistas en grupos de ayuda mutua.
- b) Entrevistas a los funcionarios y prestadores de servicios para la atención y tratamiento de las drogodependencias.
- c) Observación participante, encuentros y entrevistas con mujeres internas en el hospital.
- d) Entrevistas a las mujeres en hogares y entrevistas a mujeres contactadas a través del método *bola de nieve* en hogares y otros espacios.

³¹ Convencida de que: “La falacia de una oposición radical entre los campos cuantitativo y cualitativo se hace patente en el reconocimiento de que las técnicas de recopilación utilizadas por las ciencias sociales no son necesariamente cuantitativas o cualitativas per se, sino que esto depende del manejo que se haga de ambos tipos de datos”. En: Denman, Catalina A. y Armando Haro, Op. cit. Hermosillo, 2000, p. 23.

La pesquisa hemerográfica y la aplicación de cuestionarios acompañó todo el proceso. Las observaciones realizadas a lo largo de estos períodos han sido cuidadosamente recogidas en el Diario de Campo que registra parte del material analizado en este trabajo.

Acceso a los espacios terapéuticos

El diseño original contemplaba contactar a las mujeres a través de cuatro espacios terapéuticos en la ciudad de Hermosillo: a) Hospital, b) GAM's, c) Albergue femenino³² y d) anexos. Se había planeado que los diversos establecimientos me sirvieran como base para contactar desde allí a las mujeres participantes, pero esto solo fue posible en el Hospital y los GAM's. Las entrevistas con las mujeres se realizaron en tres lugares distintos: el hospital, sus hogares y cafés. Se entrevistó a un total de diez mujeres.

Por ser los únicos en su tipo, el hospital y el albergue femenino fueron considerados desde el inicio de la investigación como dos de los modelos terapéuticos que serían descritos y analizados a través de las experiencias de las mujeres que acudieron a ellos.

El caso de los GAM's fue diferente, ya que existen en la ciudad de Hermosillo numerosos GAM's de Alcohólicos Anónimos³³ (A.A.) y Narcóticos Anónimos (N.A.). Me enfoqué en dos grupos que me sirvieron de plataforma para contactar a mujeres interesadas en colaborar conmigo. Llegué a ellos a través de un cartel en el hospital y de una esquila en el periódico me enteré de la celebración de dos aniversarios de grupo que se llevaron a cabo entre octubre y diciembre de 2004. Fue ahí donde conocí a dos de mis informantes clave, Carmen y Sonia, quienes me ayudaron a contactar a otras mujeres y a acceder a los grupos.³⁴ Comencé a tener contacto con los dos grupos de ayuda mutua tan pronto como tuve acceso, pero pronto y por motivos éticos dejé de considerar la observación participante realizada durante las sesiones de compartimiento. La experiencia me sirvió como una referencia contextual pero los datos que de ahí emanaron no serán utilizados en este trabajo. Tomé la decisión al saber que algunos miembros de la agrupación no estaban de acuerdo con mi intervención como investigadora. Decidí entonces cambiar de estrategia y contactar por fuera de la agrupación a las mujeres y a ciertos hombres con los que conversaba. Las

³² Comunidad terapéutica La Posada del Buen Samaritano.

³³ Son 66 grupos de Alcohólicos Anónimos los registrados en la Oficina Central de A.A. en la ciudad de Hermosillo, al día de enero del 2006. Aunque evidentemente son más. Se carecen de datos sobre el número de grupos de Narcóticos Anónimos en la localidad.

³⁴ Estos nombres son arbitrarios. En todos los casos se trata de seudónimos para salvaguardar la identidad de las mujeres participantes.

entrevistas con las mujeres que conocí en los GAM's no se llevaron a cabo en los grupos. A sugerencia de ellas nos citábamos en sus hogares o en distintos cafés. Para no restar privacidad a las charlas solíamos buscar los espacios más íntimos y silenciosos. Según los lineamientos internacionales que comparten los grupos de 24 horas de Alcohólicos Anónimos la agrupación: “no toma parte en investigaciones ni las patrocina”,³⁵ pero para los miembros del grupo esta norma puede ser matizada cuando se considera la cuarta tradición donde se establece que “cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo”.³⁶

La cuarta tradición funcionó como una justificación para las mujeres de A.A. y N.A. y otras personas de la congregación que colaboraron conmigo. Algunos de los compañeros se mostraban “celosos” de que ellas hubieran decidido compartir su experiencia para los fines de esta investigación. Ellas tomaron como argumento que si algunos miembros participaban anónimamente en diversos medios de comunicación locales como radio, prensa o televisión, ellas entonces podían hablar conmigo. Me parece conveniente aclarar la historia que antecede a la consideración de las dos agrupaciones de ayuda mutua desde las cuáles se contactó a algunas de las mujeres involucradas, principalmente porque los grupos no fueron iguales. Diversos factores pueden influir para que determinado tipo de miembros se reúnan en ellos: por ejemplo, el sector de la ciudad donde se ubica, si se adscriben como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, o si es un grupo de jóvenes. Debo aclarar que estas particularidades no fueron consideradas, pues el sentido de la selección fue el resultado de la aplicación del método *bola de nieve*.

Conocer a las mujeres a través de los espacios destinados para el tratamiento no fue totalmente viable. Si bien el hospital y los GAM's me sirvieron de escaparate para contactar a las mujeres interesadas en compartirme su historia, esto no fue posible ni en el Albergue femenino, ni en los anexos. En cuanto al Albergue femenino, el acceso a las residentes no fue permitido, por la oposición de las encargadas, quienes mostraron limitantes en este sentido. Originalmente yo tenía planeado acompañar a las mujeres al responder un cuestionario; elaboré un diseño autoaplicable cuando vislumbré los obstáculos y fueron en caso necesario las directivas del Albergue femenino quienes me auxiliaron en la

³⁵ Alcohólicos Anónimos 1970 (1952) Los doce pasos. Alcohólicos Anónimos World Service. Pp. 94.

³⁶ *Ibíd.*, p.93.

autoaplicación de los cuestionarios. También me facilitaron la consulta de una libreta que reunía mensajes de agradecimiento y despedida a la comunidad terapéutica (C.T.). Hice transcripciones de las mismas, pero la información no fue muy significativa ya que estaba bastante sesgada por el contexto del adiós y la gratitud. Aunque me había avocado a buscar personas vinculadas con el trabajo en los anexos que me permitieran un acercamiento a las mujeres recluidas, desistí de esta idea más adelante cuando logré contactar a mujeres que habían vivido la experiencia de recuperación en un anexo a través de los GAM's. La falta de tiempo para planear el acceso y todo el trabajo de acercamiento que ello implica me hizo desistir. Más adelante a través de una charla informal conocí a un recuperador ex drogodependiente que me condujo a la organización y me facilitó el contacto con una mujer de su agrupación, justo después de una reunión de grupo.

La reconstrucción de los espacios a través de las mujeres fue la alternativa que me permitió ir más allá de los obstáculos que representaron el Albergue femenino y los anexos. Es evidente que la riqueza de las descripciones y vivencias durante el trabajo de campo en el hospital y los GAM's no pueden equipararse al "acercamiento" que tuve en los otros espacios terapéuticos.

Solamente en el caso del hospital logré tener acceso al pabellón donde se encuentran las y los internos que acudían a tratar sus problemas de drogodependencias. La propuesta se planteó en la dirección del hospital y se explicitaron los objetivos.³⁷

Criterios de selección de las mujeres participantes

En un principio los criterios de selección implicaron un muestreo teórico que trataba de incluir diferentes situaciones y perfiles de las mujeres con problemas de drogodependencia que experimentaron un proceso de recuperación. El criterio principal era haber pasado por un proceso de recuperación en alguna de las cuatro opciones locales de tratamiento en Hermosillo, Sonora que consideré para este estudio: a) hospital, b) albergue femenino, c) grupos de ayuda mutua y d) anexos. Otro de los criterios consideraba su situación de pareja (tener o no tener pareja) y el ser madres o ser mujeres sin hijos. Se tomaba en cuenta también el tiempo invertido en la recuperación de cada una, que en el diseño original

³⁷ Durante esta fase del trabajo de campo un colega y yo trabajamos paralelamente en el hospital nuestras entrevistas y encuentros, la relación hombre-mujer enriquecía mis acercamientos con los varones internos, pues impresiones u opiniones que los hombres se reservaban en mi presencia solían expresárselas a él, por ejemplo, aquellas relacionadas con las mujeres también hospitalizadas: romances, deseos y chismes.

contemplaba a mujeres que tenían de tres meses a dos años en un programa de recuperación. Se estableció también un rango de edad, que iba de los 20 a los 30 años. Desde un inicio no se estableció como requisito el uso de una sustancia en particular; siempre se proyectó abierta esta variable, ya que el foco de la investigación fueron desde un inicio los procesos de recuperación de la mujeres en general y no en particular según la sustancia. En todos los casos se ponderó la disposición de las mujeres a participar en esta investigación.

Originalmente supuse que la capacidad de acceso de las mujeres a los espacios terapéuticos podía dar cuenta de las prestaciones sociales con las que contaban (en caso del hospital) y de alguna forma la situación económica de cada una de ellas; pero en la realidad esto no sucedió. Había mujeres con situaciones económicas medianamente favorables que eran recluidas en anexos o que solo contaron con el apoyo de un GAM antes de acceder a un escenario médico organizado y/o a una estrategia psicoterapéutica profesional o algo más que un GAM o un programa terapéutico (por ejemplo un protocolo de desintoxicación). Esta ambigüedad en el acceso estuvo determinada generalmente no por factores económicos, sino por la decisión familiar de “castigar” las conductas de las mujeres y recluirlas o destinarlas a terapéuticas donde pensaban que el escarnio sería el remedio. También había otras mujeres que presentaron situaciones económicas mas restringidas, pero que lograron acceder al hospital o al albergue femenino gracias a favores o becas de internamiento, así que la situación económica de las mujeres, tomando como indicador el acceso a los espacios terapéuticos, no se consideró como un acercamiento apropiado a sus realidades económicas. A falta del diseño de indicadores útiles y adecuados, el nivel socioeconómico de las mujeres nunca fue considerado un criterio de selección.

Según la primera estrategia metodológica se contempló entrevistar a ocho mujeres de las cuales dos correspondían a uno de los cuatro modelos locales terapéuticos para la atención y tratamiento de las drogodependencias. Este proyecto no se llevó a cabo. Pero en su lugar, el diseño flexible de la investigación y la aptitud para trabajar en campo me permitieron consolidar un grupo diverso de informantes. Los criterios de selección se vieron modificados principalmente por las posibilidades de acceso a los espacios terapéuticos.

En síntesis las dos estrategias para ubicar a las mujeres participantes fueron:

- a) Utilización del método *bola de nieve* partiendo de mujeres pertenecientes a GAM's.
- b) Encuentro físico en los GAM's y en el hospital durante el internamiento.

Finalmente ubiqué y entrevisté a:

- a) Mujeres que estuvieron internadas en el hospital al momento de la investigación.
- b) Mujeres que acudían a los dos grupos de ayuda mutua seleccionados, que fueron ubicadas a través de dos juntas de aniversario de los grupos a los que pertenecían, donde participaron con el tema: "Las mujeres en A.A."
- c) Mujeres que fueron ubicadas a través del método *bola de nieve* mediante mujeres que asistían a los GAM's seleccionados. Estas mujeres podían compartirme sus experiencias de internamiento / recuperación en el albergue femenino y en anexos sin acceder físicamente a ellos.
- d) Una mujer que había estado en un anexo en donde se me permitió entrevistarla después de una sesión de grupo del anexo.

Como es evidente, algunos criterios previstos en un diseño preliminar no llegaron a cubrirse, ya que la estrategia que finalmente me llevó al encuentro con estas mujeres era el encuentro mismo con ellas en los distintos ámbitos terapéuticos a los que acudieron, pero también como dije, a través del método *bola de nieve*. Esto significó ventajas y desventajas. Fue una ventaja en cuanto a la posibilidad de solventar los contratiempos de trabajar con una población oculta identificando a informantes clave en el hospital, aniversarios de GAM's o GAM's. De este modo la localización de las mujeres se facilitaba, reduciendo los gastos y el tiempo invertido en la búsqueda. Otro rasgo positivo era que la mayor parte de las mujeres entrevistadas estaban en ese momento viviendo la experiencia de internamiento y/o recuperación y logré observarlas en sus contextos ya fuera en el hospital, el grupo de ayuda mutua o en sus hogares. En todos los casos sus experiencias de internamiento y/o recuperación eran más recientes o contemporáneas arrojando impresiones recientes de sus experiencias.

Respetar los criterios originales fue particularmente problemático, ya que conté con pocos recursos materiales y temporales. Además no me hallé en condiciones de discriminar a las mujeres que encontraba y que no cumplían el perfil diseñado solo por buscar a mujeres que sí cubrieran los criterios. La condición de trabajo con una población oculta dificultó la búsqueda de perfiles específicos. Por otra parte, aunque considerar criterios más definidos me hubiera facilitado el análisis, al acotar el perfil de mujeres la investigación hubiese sido más delimitada considerando que las MCPD no son un grupo homogéneo. Esto hubiera arrojado luz en torno a problemas particulares de grupos particulares, como por ejemplo, las madres con problemas de drogodependencia en procesos de recuperación, las mujeres de cierta edad, las que solo consumen determinada sustancia o las universitarias, las trabajadoras sexuales, etc. Sin embargo creo que la pertinencia de esta tesis radica en su carácter global, que puede ser utilizada como un semillero para investigaciones futuras que busquen partir de un contexto panorámico de las vicisitudes a las que se enfrenta una MCPD en Hermosillo, Sonora.

Encuentros y entrevistas con las mujeres

Las entrevistas con las mujeres hospitalizadas se llevaron a cabo en el área femenil, sentabas habitualmente en sus camas o en un pequeño consultorio contiguo cuando el televisor estaba prendido o cuando otra interna, el personal de limpieza o enfermería restaban privacidad a la conversación. También se realizaron entrevistas de seguimiento una vez que abandonaron el hospital. Gracias a las facilidades otorgadas por los directivos del hospital me fue posible conocer a estas mujeres durante su hospitalización, a Xaviera, por ejemplo, la acompañe por veinticinco días en internamiento. Para el acceso solo se me pidió que usara una bata blanca, con el fin de establecer una diferencia (jerárquica) con los hospitalizados, y por lo tanto, un trato diferencial. Aunque la bata confundía a los internos, siempre tuve tiempo para explicar que yo no era doctora ni psicóloga y que estaba ahí porque deseaba que me compartieran sus impresiones y su experiencia en relación al tema de la atención y tratamiento de sus problemas con drogas. De cualquier manera muchos insistían en llamarme “doctora”. Siempre me sentí más cómoda cuando establecía una diferencia entre mi trabajo y el de un médico, aun fuera de manera insistente. Después

añadí un par de prendedores curiosos a la bata con el interés de desacralizar la indumentaria y establecer *también yo* mi diferencia con el personal.³⁸

Debido a que las mujeres se encontraban cautivas los encuentros durante la hospitalización eran mucho más controlados. Generalmente realizaba las visitas por las mañanas en un horario que las mismas internas (y no el personal médico) propusieron; con el objetivo de que yo conociera sus actividades y planear entonces los encuentros sin ser interrumpidas por las sesiones terapéuticas o por la hora de bajar al comedor. En contadas ocasiones las entrevistas no se realizaron y debía volver otro día. Sobre todo al inicio, cuando no conocía los horarios de sus bitácoras terapéuticas; en otros momentos, las postergaba para no interrumpir el sueño de las mujeres o evitar la somnolencia causada por los medicamentos. El aislamiento provocaba un ambiente fértil para los encuentros. Durante el internamiento las mujeres se permitieron hablar y reflexionar con mayor confianza sobre temas más íntimos. Resultaba sencillo retomar un tema que había sido tratado durante nuestro último encuentro o partir de algún evento, sentimiento o idea que retomaban de terapias recientes, pero sobre todo de charlas con un amigable enfermero sobre algún detalle que jamás habían revelado a nadie con aquellas palabras. Por ser un ambiente de contención resultaba menos riesgoso platicar de sensaciones, efectos o recuerdos eufóricos de las drogas, lo cual no era tan sencillo al realizar las entrevistas con las mujeres en sus hogares. Dentro o fuera del hospital solía tener cuidado de no despertar la imaginación por el consumo durante las entrevistas, evitando profundizar en detalles obvios como la preparación o apariencia de la sustancia, ya que este tipo de observaciones no varían mucho entre lo que dicen los consumidores de crystal o heroína en Hermosillo, pero en una ocasión una de las chicas me telefoneó de madrugada para comunicarme que se sentía realmente ansiosa después de una entrevista que habíamos tenido en su casa aquella tarde durante la cual insistió en tomar un foco y mostrarme el procedimiento para fumar crystal. Aun evitándola, esta charla sobre los usos y costumbres de los *fokemones*³⁹ la sostuve con otras mujeres y hombres

³⁸ Los prendedores fueron elegidos por ser divertidos. Los mensajes eran motivo de curiosidad y risas. Permitían a las internas e internos identificarse conmigo, pues yo también me adscribía como transgresora. Uno de ellos muestra el rostro del gato *Cheshire* de Alicia en el País de las Maravillas. Alrededor en espiral se lee la leyenda: “*We’re all mad*”. En el segundo se ve el rostro de un hombre visiblemente expuesto a los efectos de la marihuana, quien sonríe, apacible y eufórico a la vez, mientras fuma un porro.

³⁹ Usuarios de crystal en la jerga local.

hospitalizados sin generar el mismo estrés (manifiesto) por recordar la sustancia y el ritual de consumo.

Al realizar las entrevistas en los hogares de las mujeres que conocí durante la hospitalización, era muy notorio que no accedían a hablar de ciertos temas o historias que si comunicaron en el hospital. Se cohibían debido a la presencia de sus hijos, el esposo, la madre u otros familiares. Reflexioné más tarde que el hospital nos proporcionaba una identidad transitoria y un tanto despersonalizada sin llegar a ser fría; detrás de los rígidos y grandes uniformes azules las mujeres se sentían seguras siendo una interna cualquiera o siendo ellas mismas en un formato estandarizado y protegidas por el anonimato. El aislamiento provocaba un encuentro rotundo con sus personas y en esa soledad las mujeres se permitían por primera vez, según lo que referían, tener el tiempo y la oportunidad de hablar de ellas mismas.⁴⁰ Las entrevistas en los hogares -que también se llevaron a cabo con mujeres no hospitalizadas- implicaron otra presión para las mujeres al estar al cuidado de los demás, principalmente los hijos o el esposo o soportando la hipervigilancia que muchas de ellas tenían de parte de sus familias. Otras al asumir el papel de anfitrionas estaban bastante preocupadas porque no me faltara nada y “todo se viera bien”.

Las entrevistas de seguimiento en los hogares me permitieron conocerlas en su ambiente más próximo y cotidiano, saber como lucían con su ropa común y maquilladas. En sus casas eran patentes sus gustos y aficiones. Allí pude observar las formas de relacionarse con sus familias, además de conocer el barrio del que tanto hablaban en el hospital: los parajes, las zonas de puestos,⁴¹ los vecinos, etc. Debo también mencionar que algunas de ellas percibían amenazadora mi presencia en sus hogares al estar concientes de que ciertas cosas que me comunicaron durante la hospitalización no eran exactamente como las contaban, por ejemplo sus esposos o sus casas. Temían ser descubiertas. En el caso de Xaviera, hacíamos las citas considerando los horarios en que su esposo (también usuario de crystal) no estuviera en casa. Después de que Xaviera salió del hospital su esposo prometió internarse, su pareja dejo pasar casi tres semanas después de su salida para hospitalizarse,

⁴⁰ Las mujeres hospitalizadas a las que entrevisté en el hospital y aquellas que estaban en anexos, manifestaron sentirse incomprendidas y avergonzadas para hablar sobre “ciertas cosas” durante las sesiones terapéuticas mixtas. Referían sentirse en confianza durante las entrevistas ya que podían expresarse sin ser “juzgadas” o “sermoneadas” por otros, principalmente los terapeutas. Véase capítulo IV para el desarrollo de este tema.

⁴¹ Las zonas de puestos o “tiraderos” son expendios de drogas al menudeo.

tres días más tarde se dio de alta voluntaria pues según dijo “lo habían golpeado y encerrado en un cuartito”, ella aun lo dudaba, pero lo cierto es que después del breve internamiento el hombre se molestaba mucho si sabía que yo iba a visitar a su mujer. Por lo anterior y en ciertos casos después de uno o más encuentros en sus hogares, tomé la iniciativa de reunirnos en cafés, a pesar de que era económicamente inconveniente para mí. La estrategia de conocer los procesos terapéuticos a través de las mujeres y no a las mujeres a través de los espacios destinados para el tratamiento, tal y como estaba programado, me ayudó a resolver las limitantes de no poder ingresar a estos espacios, del mismo modo en que lo hice en el hospital y en los dos grupos de ayuda mutua; tal fue el caso del Albergue femenino y del anexo. Tanto en el hospital como en los grupos de ayuda mutua me apegué estrictamente a los reglamentos internos de cada uno y a lo que tácitamente consideraban que no era prudente.

El número de encuentros grabados varió, según la disponibilidad que tuvieron mis entrevistadas para acudir a las citas o recibirme en sus hogares. En el caso de las mujeres hospitalizadas, los encuentros rara vez se vieron interrumpidos u obstaculizados, aunque en dos ocasiones las mujeres se dieron de alta sorpresivamente, viéndome en la necesidad de buscarlas vía telefónica para concertar una cita post-hospitalización.

Cuadro 1. Encuentros y entrevistas a mujeres

Pseudónimo	¿Dónde las contacté?	Número de encuentros grabados y cotejados por guión
La Wera	Hospital	1/ café 1/ casa tía
Lucita	En un anexo	2 / grupo
Carmen	GAM	2 / café
Sonia	GAM	2 / café
Susi Jó	GAM	1 / hogar
Greta	GAM	2 / hogar
Alicia	Hospital	3 / hospital 1 / hogar
Xaviera	Hospital	2 / hospital 2 / hogar
Bruma	GAM	2 / hogar
Abril	Hospital	2 / hospital

Intenté que en todos los casos hubiera más de un encuentro. En general esto fue posible pero no todos ellos fueron grabados. Algunos encuentros sobrepasaron las provisiones metodológicas de esta investigación, acudiendo a veces a visitarlas porque referían sentirse solas o ansiosas. El procurar tener al menos dos encuentros me permitía abordar temas que habían quedado pendientes, desarrollar otros, corroborar datos o aclarar posibles ambigüedades de la entrevista anterior.

Desde el inicio intenté aclarar el tipo de relación que estableceríamos (desde mi punto de vista) a lo largo de las entrevistas y encuentros, procurando manifestar de manera simple mis objetivos de investigación. Pero no todas comprendían la diferencia entre mi trabajo y el de una psicóloga. Principalmente en el hospital muchas continuaron con la idea de que yo era una “especie de psicóloga, que no era psicóloga” con la que podían hablar con más confianza sin temor a ser “regañadas” según sus palabras. Cuando no figuré en el hospital solían confundir mi labor con la de una reportera. Solo en casos específicos mi rol de investigadora fue muy claro (Greta y Carmen). A todas ellas expliqué claramente los objetivos generales de mi quehacer y sobre todo el uso particular que daría a las entrevistas.⁴²

La mayoría de las mujeres durante el tiempo en que se realizó el trabajo de campo habían pasado por la experiencia de aislamiento hacía algunos meses o en ese momento. De tal forma que vivían en ese entonces un proceso de recuperación o la hospitalización, teniendo frescas impresiones de los mismos. El proceso de recuperación influyó favorablemente en la calidad de las relaciones establecidas durante el trabajo de campo. Los significados que las mujeres daban a su experiencia de “fondeo” (llegar a los límites personales del abuso de sustancias y entrar en crisis) y recuperación en un contexto terapéutico, permitió aventajar el tiempo y generar una relación mas intensa con las participantes; pues se trataba de un momento especial para ellas en muchos sentidos. La mayoría no había tenido la oportunidad de prestarse un tiempo para “sanear” sus vidas, o de estar “a solas consigo misma”. Dependiendo en intensidad de sus programas terapéuticos y principalmente de su experiencia (droga de impacto, años de consumo, tiempo en recuperación, etc.) estas mujeres tenían en general mucha disposición a hablar, y en los casos que no fue así de

⁴² En todos los casos no se revela el nombre real de la participante y se omiten datos que podrían identificarlas.

primera mano, más tarde hubo empatía. Creo que la experiencia presente o reciente de un proceso de recuperación les permitía reflexionar más abiertamente sobre sus propias experiencias y comunicar de manera fluida sentimientos e impresiones, estuvieran o no internas o asistiendo a grupo en ese momento, aunado a que muchas veces la entrevista tenía lugar después de una sesión psicoterapéutica, una charla con un compañero de grupo u hospitalización o una sesión de 24 horas en A.A.

¿Quiénes conforman las voces que recupera esta investigación?

A manera de presentación e intentando responder a la pregunta ¿quiénes conforman las voces que recupera esta investigación? sintetizo esquemáticamente algunas características generales que podríamos resaltar del grupo de mujeres entrevistadas. También deseo presentar una esencia de las participantes, con el objetivo de que el lector se familiarice con los perfiles de cada una, sin afán de ser exhaustiva.

Cuadro 2. Datos generales de las mujeres entrevistadas

Seudónimo	Edad	No. de hijos	Estado civil	Escolaridad	Dedicación	Droga impacto	Terapéuticas a las que han acudido
La Wera	21	1	Casada	1ro. Secundaria	Hogar, trabajo sexual	Crystal	-Anexo -HHMCNM ⁴³ -Albergue femenino
Lucita	41	4	Separada	1ro. Secundaria	Ninguna	Heroína	-HHMCNM -Anexo
Carmen	68	5	Casada	5to. primaria	Hogar, venta de productos de belleza.	Alcohol	GAM, (A.A)
Sonia	27	0	Soltera	Comercio	Mesera, Empleada mostrador, autoempleo	Cocaína Alcohol	-Anexo -GAM
Susi Jó	25	1	Separada	Terminó la preparatoria	Hogar	Crystal	-Anexo -HHMCNM -Albergue femenino, GAM
Greta	25	Embarazada (5 meses)	Casada	Licenciatura	Hogar, instructora aeróbicos	Heroína	-HHMCNM -Albergue femenino, GAM
Alicia	32	4	Separada	1ro. Sec.	Hogar, Empleada doméstica, trabajadora sexual, y pastelera	Crystal	-HCN -HHMCNM
Xaviera	22	1	Casada	2do. Secundaria	Hogar	Crystal	-HHMCNM
Bruma	22	0	Soltera	No terminó preparatoria	Empleada mostrador	Crystal heroína	-HHMCNM -HCN, GAM
Abril	40	4	Divorciada	6to. primaria	Empleada doméstica, trabajo sexual	Crystal	-HNMCNM -Albergue femenino, GAM

⁴³ HHMCNM: Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz y
HCN: Hospital Cruz del Norte.

Las entrevistas a funcionarios y prestadores de servicios de atención y tratamiento para las drogodependencias

Con el objetivo de obtener datos preliminares en relación a los modelos ofertados y las políticas y programas de intervención, se realizó una entrevista a un funcionario y a prestadores de servicios de atención y tratamiento para las drogodependencias. También pretendí conocer las estructuras y políticas de los centros de tratamiento y de los programas para la atención, prevención y tratamiento de las drogodependencias. Estas entrevistas también arrojaron información en relación a las representaciones y significados que se atribuyen a la recuperación / rehabilitación de drogodependencias, según cada modelo terapéutico y considerando la construcción moral que cada profesional hace de su trabajo y de las mujeres que acuden a los servicios. Se realizaron entrevistas estructuradas, y la información obtenida fue muy puntual. En todos los casos solo fue requerido un encuentro. Decidí entrevistar a estos personajes por ser directivos de centros de atención y tratamiento y al director del *Consejo Estatal Contra las Adicciones*, para conocer la política local antidrogas. El conjunto de sus opiniones me permitió ubicar los diferentes modelos que existen en la ciudad y conocer –desde su punto de vista- una panorámica del problema de las drogodependencias en general y específicamente entre las mujeres.

Cuadro 3. Prestadores de servicios de atención y tratamiento

Cargo	Profesión
Director y Coordinador del Consejo Estatal contra las Adicciones	Psicólogo
Director Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz	Psiquiatra
Directora Centro de Integración Juvenil	Psicólogo
Codirectora Albergue Femenino	Especialista en adicciones (no profesional)
Mujer líder Alcohólicos Anónimos	Ama de casa
Director Centro Rehabilitador (Anexo)	Mecánico
Trabajadora social de la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia, DIF Sonora.	Trabajadora Social

Los criterios de selección contemplaban:

- a) ser directivo de un centro o programa para la atención y tratamiento de las drogodependencias.
- b) que estos centros o programas fueran una muestra de los más representativos a nivel local.

Tomé la decisión de entrevistar a la mujer líder de A.A. en vez de cualquier otro miembro, por su experiencia y trayectoria. La entrevista con una trabajadora social de la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia, DIF Sonora, se llevó a cabo en sus oficinas y solamente en ese caso fue necesario el trámite de la entrevista a través de una carta donde hiciera explícitos mis objetivos y preguntas, volviendo no solo tedioso el proceso de acercamiento sino poco productivo. El objetivo de entrevistar a esta trabajadora social estaba fundamentado en la necesidad de comprender y explicar el proceso de denuncia por abandono asociado con mujeres-madres con problemas de drogodependencia; esta entrevista se realizó a inicios del mes de julio, y la información que se obtuvo fue parcial y maquillada.

Pesquisa de prensa

Con un interés muy amplio en la problemática del consumo de drogas en el noroeste, comencé a acopiar notas periodísticas de diarios locales desde el verano del 2002, entonces la búsqueda no era sistemática y no estaba orientada por un objetivo o acotación. De este modo logré reunir una amplia galería de noticias relacionadas con el consumo y tráfico de drogas en Hermosillo y el estado de Sonora. No fue sino hasta enero del 2005 que inicié una pesquisa metódica de notas de prensa que dieran cuenta de las representaciones que recrean el imaginario social en torno a las mujeres que consumen drogas, centrándome en la búsqueda de noticias en relación a:

- a) Mujeres usuarias de drogas.
- b) Denuncia, detención o procesos de investigación de mujeres “adictas” o “usuarias de drogas” que han cometido “abandono de hogar”.
- c) Presentación de supuestos casos de trastornos o diagnósticos psiquiátricos de mujeres vinculados con drogodependencias.
- d) Arrestos a mujeres por posesión, consumo o tráfico.

- e) Relativas a los centros de atención y tratamiento para las drogodependencias.
- f) Relativas a las políticas, programas y acciones propuestas provenientes del Estado.

La investigación hemerográfica se acotó al período comprendido de enero 2003 a julio 2005, en el periódico El Imparcial, el diario de mayor circulación en el estado de Sonora y la ciudad de Hermosillo. Se restringió la exploración a las secciones de: a) Metro, b) Portada y c) General. Sumando el esfuerzo anterior se lograron registrar más de 653 notas periodísticas que abordaban la problemática del consumo de drogas de manera general. Se recabaron 372 notas con contenidos específicos y útiles para los fines de esta investigación. Finalmente se depuró una relación de 37 notas significativas que daban cuenta de las representaciones sociales que se atribuyen a las mujeres que consumen drogas.

La riqueza de la información recabada no se analizó exhaustivamente en esta investigación, a sabiendas que el material podría dar para un trabajo de tesis por si mismo u otro tipo de documento. De cualquier forma los resultados de la pesquisa hemerográfica me permitieron contemplar una panorámica del contexto representacional de las mujeres que consumen drogas en la localidad a través de un medio tan directo y revelador como la opinión pública⁴⁴ que permitió entender mejor la información de las entrevistas y la observación, sobre todo lo referido al estigma, la culpabilización de las mujeres, la moral, etc.

El cuestionario: diseño y aplicación

La aplicación del cuestionario se realizó a lo largo de los meses de enero y julio de 2005. Tuvo como objetivo conocer datos generales de la población femenina que recurre a algún tipo de servicio para la atención y tratamiento para drogodependencias en los lugares seleccionados para la realización de esta investigación.

- a) Hospital
- b) Albergue Femenino
- c) Anexos
- d) Grupos de ayuda mutua

⁴⁴ Se ha anexoado una galería de prensa al final del documento.

Las facilidades otorgadas en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, me permitieron aplicar directamente todos los cuestionarios. En el Albergue femenino, el acceso al área de las residentes no fue posible. En cambio, las directivas me permitieron dejar algunos ejemplares a las mujeres, quienes respondieron por autoaplicación. Como había mencionado, este fue el motivo que me orientó al diseño autoaplicado, pero no mis deseos u objetivos, que eran acompañar a las mujeres al responder el instrumento. En el cuestionario se explicaban los fines de la investigación y se anexaba un sobre para guardarlo una vez asentadas las respuestas. Les pedí que los sellaran con el fin de inducir cierta confianza en que los contenidos no serían vistos por otras personas, como por ejemplo los médicos o terapeutas, quienes podían recibir críticas en el desempeño de sus labores.

En cuanto a los GAM's la ayuda de Carmen y Sonia fue crucial para generar el contacto con las mujeres que respondieron el cuestionario. En la mayoría de los casos los apliqué directamente y solo 15 mujeres se autoaplicaron el instrumento.

En los anexos tuve que tocar puertas, presentarme y declarar los objetivos; insistir en todos los casos. Solo en un anexo un recuperador también directivo del centro rehabilitador, me facilitó la autoaplicación desde el inicio. En los demás establecimientos debí esperar a que se acumularan los cuestionarios aplicados, pues no son ni frecuentes ni numerosos los internamientos de mujeres (como en el caso de los varones). En los primeros días del mes de mayo dejé copias de los cuestionarios en cinco anexos, sin embargo debí esperar a que se acumularan los cuestionarios respondidos durante los meses de junio y julio por ser el período de mayor demanda de tratamiento en los centros rehabilitadores. Dejé 50 copias de cuestionarios (10 por cada anexo) pero solo logré obtener 14 cuestionarios respondidos por autoaplicación a finales del mes de julio.

Las dificultades para la aplicación de los cuestionarios en los anexos se debieron principalmente a la poca confianza que me tenían los directivos a causa de un ambiente político hostil que circundaba a los centros. En ese tiempo, desde la Cámara de Diputados del Congreso del Estado se promulgo y aprobó la norma 028 *Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. Esto añadió tensión al proceso de acceso a los centros locales de atención y tratamiento. Por los mismos días en que yo me encontraba levantando los cuestionarios, el diario local *El Imparcial* publicó numerosas notas en

relación a la nueva normatividad y los directivos o encargados solían confundirme con una inspectora de salud o como una reportera. Expliqué claramente mi procedencia y objetivos, pero fue imposible establecer un contacto con las mujeres que respondieron el cuestionario, que en todos los casos fue por autoaplicación. El miedo y la desconfianza los hacía sentirse vigilados y esto fue un obstáculo para el acceso.

La estrategia de autoaplicación, por ser una fuente de segunda mano, puede tener inconvenientes como:

- a) no se garantiza que las respuestas sean de las mujeres.
- b) no poder intervenir para aclarar preguntas, solventar dudas, auxiliar en el desarrollo de una respuesta.
- c) no se pudieron identificar posibles informantes e invitarlas a colaborar de forma directa en la investigación.
- d) No se pudieron obtener datos contextuales o etnográficos, que si se permiten al “estar ahí” (lenguaje no verbal, condiciones del internamiento, etc.).
- e) No se pueden recibir sugerencias o hacer anotaciones para mejorar futuros instrumentos.

La información que se buscaba obtener fueron datos generales y bastante puntuales de la población femenina que hace uso de estos servicios, aunque son discutibles pues no fue una muestra ni aleatoria ni representativa:

- a) Determinar grupos etarios.
- b) Conocer la droga de impacto.
- c) Condición socioeconómica.
- d) Acceso al los servicios de salud destinados a la atención y tratamiento de las adicciones.
- e) Red social y familiar.
- f) Escolaridad.
- g) Número de hijos.
- h) Estado civil, entre otros.

Ni al inicio del diseño, ni a lo largo del trayecto metodológico se estableció una cantidad de cuestionarios por aplicar, pues se sabía que esto dependía del número de mujeres que

acudieran a los servicios, lo cuál es en todos los casos incierto. Debo aclarar que la decisión de aplicar los cuestionarios la tomé al estar adentrada en la captura de información en campo y surgió de la necesidad por crear una base de datos que me permitiera conocer aproximadamente a la población de estudio a falta recursos en este sentido. Aun así reconozco que la aplicación de un instrumento debidamente diseñado (contenidos y estrategias de obtención de la información) requiere de más recursos materiales y temporales que puedan garantizar el valor de generalización de información obtenida.

Cuadro 4. Aplicación de cuestionarios

Lugar	Tipo de aplicación	Cuestionarios aplicados
GAM's	Aplicación directa Autoaplicación	41
Anexos	Autoaplicación	14
Hospital	Aplicación directa	15
Albergue femenino	Autoaplicación	25
TOTAL		99

Dificultades

En resumen las principales dificultades tuvieron que ver con el acceso a las espacios de atención y tratamiento para las drogodependencias. Pero también con la ausencia de bases de datos públicos que faciliten la investigación social en el terreno de las drogodependencias, en donde las dependencias y centro de salud involucrados puedan contribuir con información básica y general sobre los perfiles de quienes solicitan sus servicios. Otra dificultad estaba relacionada con la falta de información presentada por sexo, así como la urgencia de crear bases de datos específicas no sobre el consumo de drogas sino sobre la accesibilidad a los centros de atención y tratamiento para las drogodependencias.

En términos de acceso a material bibliográfico sobre el tema en la ciudad, las dificultades también fueron manifiestas, llevándome a la necesidad de intercambio de textos a distancia, solicitudes a librerías y consulta de bibliotecas personales de amigos e investigadores.

Gráfico 1. Diagramas de las técnicas y estrategias empleadas para recabar la información en campo



Elaboración propia

2. Mujeres, drogodependencia y modelos asistenciales: discusión teórica y principales conceptos

Representaciones y prácticas de los procesos de recuperación de mujeres con problemas de drogodependencia

En este apartado queremos señalar la importancia de una acotación teórico-metodológica en el campo de las drogodependencias, con el fin de dejar en claro la emergencia de las precisiones y definiciones que son el punto de partida de esta propuesta, pues:

“Si realmente queremos entender lo que pasa y tener una cierta capacidad de intervención, no podemos contentarnos con seguir los prejuicios y estereotipos dominantes sobre un tema. El primer paso tiene que ser siempre el de la construcción del objeto teórico que nos interesa, para superar el sentido común y saber exactamente de qué estamos hablando, qué valor damos a cada concepto, cómo los jerarquizamos, en qué contexto teórico los situamos, etc. Esto, que seguramente es muy elemental, es más necesario que nunca en aquellos campos que están más estigmatizados, como el caso de las drogas”.⁴⁵

Las formas concretas de la vida se componen por signos, símbolos y significados, que nos permiten ordenar la realidad y expresarla a través de un modelo interpretativo de construcción colectiva. Los procesos de recuperación de las mujeres con problemas de drogodependencia están mediados también por significados atribuidos principalmente a dos aspectos: el sentido que cobran las drogodependencias en el marco de las sociedades contemporáneas y el sentido particular que adquieren cuando nos referimos a mujeres con problemas de este tipo.

En las historias de las mujeres con problemas de drogodependencia se construyen *representaciones reales e imaginarias que están mediadas por estructuras valorativas de la subjetividad e identidad en tantos sujetos femeninos particulares*.⁴⁶ Según lo anterior, se atribuyen significados que median el proceso de recuperación de las mujeres a causa de las identidades que disocia el sexo en el sistema de clasificación del género. Guillermo Núñez refiere que las representaciones sociales pueden entenderse como: “...convenciones sobre

⁴⁵ Romani, Oriol, Op. cit., Barcelona, 1999, p. 54-55.

⁴⁶ Ravelo Blancas, Patricia, Op. cit., Guadalajara, 2000, p. 196.

los significados de las cosas, de ciertas cualidades, de ciertas relaciones: estas convenciones sociales sobre los significados pueden ser más o menos débiles y son objeto de luchas, revisiones y transformaciones”.⁴⁷

Resulta necesario entonces caracterizar los significados que se atribuyen al proceso de recuperación de las mujeres con problemas de drogodependencia como una primera aproximación al mundo representacional de este evento, la dimensión de las representaciones según la emplea Menéndez y Di Pardo en el análisis de la atención primaria en los procesos de alcoholización, es fundamental. Ellos la definen como un campo de conflicto y tensiones entre convenciones sociales que están en perpetua mutabilidad y que establecen *un sistema de expectativas para la intervención clínica, siendo en la práctica donde la representación se realiza y modifica*”.⁴⁸

Estas representaciones no son propuestas técnicas desvinculadas de la realidad social, pertenecientes a un mundo imaginario, son *hechos sociales que traen consecuencias sociales*.⁴⁹ Es por ello que los efectos de estas representaciones sobre los modelos de atención y tratamiento y los procesos de recuperación de las mujeres con problemas de drogodependencia son de interés en este trabajo.

Las representaciones sociales y las prácticas no pueden entenderse de manera desvinculada,

“Las prácticas no reproducen a las representaciones ni mecánica ni idénticamente; mientras que la representación médica se refiere básicamente a la enfermedad, la práctica se refiere principalmente al enfermo (...) La representación establece la guía para la acción, la cual se resuelve en la actuación”.⁵⁰

Denise Jodelet, una de las principales autoras que han desarrollado el concepto de representación social, se ha referido a este proceso como “una forma de pensamiento social”, compartido y de carácter práctico que permite interpretar acontecimientos de la vida diaria, información y características del medio ambiente, tanto como a los otros

⁴⁷ Núñez Noriega, Guillermo. 1994 Sexo entre varones; poder y resistencia en el campo sexual. División de Ciencias Sociales de la UniSon, El Colegio de Sonora: Hermosillo, México.

⁴⁸ Menéndez, Eduardo y Di Pardo R., Op. cit., México, 1996, p. 54.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 51.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 51.

actores sociales involucrados en esta elaboración, estas convenciones también nos permiten actuar, y dar sentido a los acontecimientos que van teniendo lugar en nuestras vidas.⁵¹

De este modo las formas en que las mujeres dan sentido a sus experiencias de abuso de sustancias y a sus procesos de recuperación no son un marco de referencia estático, sino un proceso de construcción cotidiano que se vale de la interacción de las mujeres y su entorno, determinando sus afrontamientos, sus representaciones y sus prácticas.

Las representaciones y prácticas serán entonces utilizadas para entender el marco de referencias a través de los cuáles operan los distintos modelos de atención y tratamiento pero también las representaciones asociadas al rol femenino que influyen en la autorepresentación de las mujeres y sus propios procesos de recuperación.⁵²

Consumo de sustancias y drogodependencia: el caso de las mujeres

Según algunas autoras la relación conflictiva que desarrollan ciertas mujeres con el consumo de sustancias está dada por la urgencia de hacer frente a los requisitos contradictorios del rol femenino contemporáneo.⁵³ Es por ello que para poder plantear una dimensión de análisis efectiva del consumo de sustancias entre mujeres, debemos de considerar conceptos relativamente novedosos y útiles que se han puesto en uso a través del quehacer de investigadoras feministas en el campo de las drogodependencias. Elizabeth Ettore propone el concepto de *consumo de sustancias* entre mujeres como una forma inclusiva que tiene como objetivo sentar las bases teóricas que propicien un acercamiento desde la perspectiva de género. Este concepto pretende no limitar el análisis al consumo de sustancias que “alteran la mente”, sino de agentes externos que las mujeres utilizan para paliar su angustia alteren la mente o no:⁵⁴

“La mayoría de las sustancias tratadas en el campo de la adicción producen alteraciones en la mente. Así, los expertos emplean frecuentemente las palabras “adicción” y “alcoholismo” para poner énfasis en la capacidad de estas sustancias para “enganchar” al que las toma. Sin embargo, creo que estas

⁵¹ Jodelet, Denise. 1984 “La Representación Social: fenómenos, conceptos y teorías”. En: Moscovici S., **Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales**. Barcelona: Paidós. P. 471.

⁵² Ravelo Blancas, Patricia, Op. cit, México p. 196.

⁵³ Graham (1994), Ettore (1993, 1998), Lagarde (1993), Romero (1995), y Ravazzola (1997).

⁵⁴ Ettore, Elizabeth. 1994. “¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer”, En: Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. **Mujer y Salud una perspectiva feminista**. Paidós: Barcelona, p. 101.

palabras no dan una imagen suficientemente clara de los problemas particulares a los que se enfrentan las mujeres que toman tales sustancias”.⁵⁵

Para Ettorre el concepto *consumo de sustancias*, permite también hacer frente al análisis de los problemas de las mujeres asociados a la comida, como consecuencia de las exigencias y restricciones que la sociedad patriarcal imprime en el cuerpo de ellas.⁵⁶ Por eso las dependencias de las mujeres a las sustancias no pueden reducirse solo a drogas psicoactivas, bajo esta posibilidad el concepto trae a la luz temas invisibles que se ocultan tras de él, por ejemplo la relación de la mujer y su cuerpo, una relación de dominio que tiene como fin someterlo a: “aguantar más”, “perfeccionarlo” o “silenciarlo”. Otra conveniencia del concepto es que permite abandonar la semántica negativa de términos como “mujer adicta” o “mujer alcohólica”,⁵⁷ ambos términos sugieren un marco moralizador mientras que el término de *consumo de sustancias* no.⁵⁸

También con el propósito de no emplear expresiones peyorativas y estigmatizadoras, en esta tesis se propone hablar de mujeres con problemas de drogodependencia en vez de “mujeres adictas”, “mujeres alcohólicas” o “mujeres drogodependientes”, ya que estos términos son etiquetas que insinúan el carácter irremediable de la drogodependencia como enfermedad y están asociados a imágenes autodevaluantes y negativas. Me siento más cómoda al hablar de *mujeres con problemas de drogodependencia* porque ésta expresión conlleva a la posibilidad de analizar el contexto social y cultural de estas mujeres para encaminarnos a entender y atender los problemas particulares de su condición femenina. Considera soluciones y no la condena de un estigma perpetuo, como se ha propuesto a través de distintos modelos terapéuticos para la atención y tratamiento de las drogodependencias, en donde se es siempre una “adicta” / “alcohólica”.⁵⁹ Mientras que la expresión “mujeres adictas” parte de un etiquetamiento que no considera la heterogeneidad

⁵⁵ Ettorre, Elizabeth. 1998. **Mujeres y alcohol ¿placer privado o problema público?** Narcea: Madrid, p. 48.

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 49.

⁵⁷ Tal y como lo señala López Linaje en una cita de Romaní: “...palabras como delincuencia y drogadicción, entran en la categoría de aquellas que López Linaje (1977:8) denominó palabras vomito: “...los grupos marginados actúan como un test que nos revelan los valores más automatizados de nuestra cultura. “Delincuente”, “loco”, “homosexual”, “drogado” son un ejemplo prácticamente perfecto de palabras-fetichismo que desencadenan torrentes de intensa emocionalidad; designan unas realidades ante las que no es posible distanciarse, reflexionar, hay que actuar pronto y en contra”. En: Romaní, Oriol, Op. cit., Barcelona, 1999, p. 65.

⁵⁸ Ettorre, Elizabeth, Op. cit. Madrid, 1998, p. 48.

⁵⁹ Alcohólicos Anónimos. 1986. **El Libro grande. Texto Básico de Alcohólicos Anónimos.** México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C., p. 30.

de aquellas mujeres que podrían tener problemas de drogodependencia, el concepto *mujeres con problemas de drogodependencia*, permite enfocarse en los problemas de las mujeres y no en las sustancias como detonantes de su “locura”, ni en ellas como “problema”, es decir como transgresoras.

Aunque en este trabajo no abordaré las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias que no sean “alteradoras de la mente”, creo pertinente resaltar el grado de avance que el concepto de *consumo de sustancias* puede brindar al análisis de las drogodependencias entre mujeres. En esta tesis abordaré solamente casos de mujeres con problemas de drogodependencia aunque algunas de sus historias dan cuenta de sus conflictos con sus cuerpos a causa de la obsesión por habitar un cuerpo idealizado y la influencia que esto tiene sobre el consumo de sustancias entre ellas. Es por ello que me referiré al abuso de sustancias como drogodependencia, con el fin de distinguir algo que a través del concepto *consumo de sustancias* de Ettorre no es suficientemente claro, la dimensión del abuso: la frágil línea entre el uso y la obsesión.⁶⁰ Al referirnos solamente al *consumo de sustancias* no se percibe una diferencia que Romaní establece claramente al definir la drogodependencia:

“La drogodependencia consiste en un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo de determinadas drogas”.⁶¹

El uso de drogas constituye una práctica universal que se puede relacionar con múltiples aspectos de la vida cotidiana de las sociedades. Uno de ellos es el ámbito de la automedicación en el contexto de la autoatención (en algunos contextos autocuidados) en salud en tanto ambos constituyen también fenómenos estructurales y universales de las conductas humanas. Podemos hablar del uso de drogas en tres niveles; la automedicación (universal) donde se implican el sujeto afectado y su grupo primario; un segundo (no universal) que implica a los especialistas sean curanderos, chamanes o médicos y un tercero

⁶⁰ Elizabeth Ettorre en su análisis del alcoholismo entre mujeres lo plantea como “beber positivamente y beber negativamente”, pero estos conceptos no se discuten ni se retoman en este trabajo. Para una consulta exhaustiva véase: Ettorre, Elizabeth, Op. cit. Madrid, 1998, p. 19.

⁶¹ Romaní, Oriol, Op. cit. Barcelona, 1999, p. 55.

(tampoco universal) que supone la existencia de instituciones más o menos especializadas, trátase de ambulatorios, hospitales o santuarios. En cada uno por separado pero fundamentalmente en sus intrincadas articulaciones es posible hallar lo que se conoce por prácticas empíricas, rituales, etc. Que están contextualizadas en un tipo u otro de organización social y económica, y se relacionan con las ideas sobre el mundo y la sociedad presentes en ellas.⁶²

Para Romaní la compulsión es la clave de la diferencia, para afirmar entonces que el sentido de uso de drogas y drogodependencia son divergentes, pero también la aparición de las drogodependencias como una forma características de las sociedades urbano-industriales de nuestra época.⁶³ Además de estos rasgos podemos mencionar que el concepto de drogodependencia está correlacionado con cierto estilo de vida:

“...creo que es más pertinente, a pesar de todas sus limitaciones, abordar la dependencia en relación a lo que llamamos un “estilo de vida” determinado, sobre todo porque para señalar que no se trata única y principalmente de los efectos farmacológicos de una sustancia sobre un individuo, sino que estamos ante un constructo sociocultural en el que confluyen procesos de identificación, de construcción del yo, estrategias de interacción, negociación del rol, en fin, todo un entramado de relaciones sociales y expectativas culturales que contribuyen a la construcción del sujeto y a través de las que éste orienta su existencia, aunque en este caso sea en medio de áreas sustanciales de conflicto”.⁶⁴

Esto imprime al concepto un carácter más allá de la realidad bioquímica adquiriendo la connotación de un proceso sociocultural donde deben de considerarse la condición social del sujeto drogodependiente: el sí mismo pero también el peso de las expectativas culturales, la construcción de la identidad y todas las distintas instancias y formas de interacción.

⁶² *Ibíd.*, p. 53/54.

⁶³ *Ibíd.*, p. 56.

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 59-60.

Dos categorías para entender los problemas de drogodependencias entre mujeres: *dependencia de subordinación y dependencia de adicción*

En una sociedad que consolida las dependencias como formas económicas, políticas, afectivas y/o de protección y que potencia la necesidad del consumo, desde un punto de vista material hasta un sentido más profundo del ser que se consume a sí mismo, resulta permisible y posible para todos edificar algunas formas de dependencia a lo largo de nuestras vidas.

Para entender el problema de las drogodependencias entre mujeres resulta necesario tener dos conceptos presentes en el análisis: *dependencia de subordinación y dependencia de adicción*. Según refiere Ettore,⁶⁵ estos conceptos permiten explicar los problemas asociados al estigma de la mujer drogodependiente, a través de un análisis de las expectativas sobre el género femenino.

El tema de las dependencias es inaugural para el análisis de las mujeres como conjunto social, cobra sentido por el profundo compromiso que se atribuye y delega a las mujeres a través de la organización social de la asistencia.⁶⁶ Sin embargo no todas las formas de dependencia son toleradas para la mujer, si bien el rol de género de la mujer establece la dependencia como primera forma de socialización para las mujeres, sabemos que el concepto tiene al menos dos acepciones: “tener confianza en algo” y “estar subordinado a”.⁶⁷

Esto significa que, la *dependencia de subordinación*, no solo es el lado permisible de la dependencia sino también la norma impuesta a las mujeres como grupo social. Por otro lado, la dependencia de subordinación se considera socialmente útil, respetable, muy valorada o moralmente aceptable.⁶⁸

Esta organización simbólica de los roles permite la reproducción de las prácticas sociales y reproduce el sistema patriarcal sin poner en riesgo las redes de cuidados que culturalmente corresponden a las mujeres.

⁶⁵ Ettore, Elizabeth, Op. cit. Madrid, 1998, p. 51.

⁶⁶ Ravazzola, Ma. Cristina. 1997. **Historias infames: Los maltratos en las relaciones**. Barcelona: Paidós, p. 198.

⁶⁷ Ettore, Elizabeth Op. cit. Madrid, 1998 p. 52.

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 52.

Sin embargo, cuando trasgreden estas normas ponen en crisis el sistema de reproducción social que organiza el género. Para las mujeres una forma de transgresión es el abuso de las sustancias. La *dependencia de adicción* es entonces socialmente reprobable y peligrosa. Si la *dependencia de adicción* avanza, el ciclo de cuidados se pone en riesgo.⁶⁹

Estos conceptos tienen analogía con los que Marcela Lagarde entiende como *locura del deber ser* y *locura de transgresión*, para ella, las mujeres pueden incurrir en la *locura del deber ser* que las define como mujeres buenas. Lagarde lo expone así:

“La locura como el estado extremo del cumplimiento de los mandatos y deberes de la condición de la mujer. Esta locura es vivida por las mujeres que enloquecen por buenas: su profundo cumplimiento de la condición genérica en su situación concreta, llega al paroxismo. Por la exageración en la fidelidad al estereotipo y por la anulación de su capacidad crítica enloquecen”.⁷⁰

Esta categoría nos permite explicar por qué las mujeres desarrollan crisis a lo largo de sus vidas, de tal forma que el abuso de sustancias lo emplean como paliativo de las contradicciones que viven de manera cotidiana, *es decir una mujer puede consumir sustancias para hacer frente a su posición dependiente de cuidadora*.⁷¹ La presión y el estrés que son consecuencia de una existencia de subordinación son factores detonantes de los procesos de dependencia que las mujeres desarrollan con determinadas sustancias. Al igual que la *dependencia de subordinación* la *locura del deber ser* es una locura permitida para las mujeres.

Contrariamente la *locura de transgresión* representa al igual que el concepto de *dependencia de adicción* un peligro para la organización de cuidados que realizan en nuestras sociedades las mujeres, esta se define como:

“...la que desarrollan la sociedad y la cultura en las mujeres que consciente o inconscientemente no cumplen algunas de las normas de vida que les son requeridas. Las más de las veces la ruptura con la racionalidad dominante nada

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 53.

⁷⁰ Lagarde, Marcela. 1993. CAP. XIII “Las locas” En: **Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas**. UNAM, México. p. 706.

⁷¹ Ettore, Elizabeth, *Op. cit.* Madrid, 1998 p. 52.

tiene que ver con la voluntad, ni siquiera es resultado de una concepción crítica de su condición o de su situación”.⁷²

Las mujeres con problemas de drogodependencia son también transgresoras enloquecidas, en palabras de Lagarde, por no aceptar el esquema de feminidad dominante. Reclaman para sí lo que nunca ha sido suyo, un ser, un cuerpo: “es mi cuerpo y yo sé lo que hago”, aunque de cualquier modo entreguen su cuerpo a las sustancias que consumen para proclamarlo.⁷³

Estas dos formas de “locura” que menciona Lagarde se convierten en razones estructurales durante el consumo de sustancias entre mujeres. La drogodependencia es una respuesta a las crisis provocadas por estas dos formas de enloquecimiento femenino, como un intento de resanar el vacío de una condición genérica que las confronta a contradicciones que no han aprendido a afrontar a través de métodos no destructivos, es decir métodos que se posicionen más allá del parámetro de la dependencia. Para Ettorre, la *dependencia de subordinación* es causal para desarrollar una *dependencia de adicción*, que sigue estando dentro del ciclo de prestación de cuidados, aunque se torna difícil, estresante e imposible para muchas mujeres que tienen *dependencia de adicción* participar comprometidamente en las tareas de asistir a los otros.⁷⁴

Es por ello que lo imperdonable de las mujeres con problemas de drogodependencia es que ponen en riesgo la seguridad vital del grupo doméstico y del sistema de reproducción social:

“Las mujeres adictas contravienen su esencia, y con ello la de los otros (parcial o totalmente), dejan de ser sus madres o sus cónyuges. Y en un acto de egoísmo (inaceptable) se ocupan de sí mismas –como se les ha enseñado que es posible obtener gratificación–, y se desatienden de los otros: dejan de ser para y de los otros. ¿Cómo es posible que quienes están para reproducir, reponer, cuidar, vigilar la vida de los otros de manera cotidiana, para toda la vida y en cada momento, se descuide? Tal es la razón de que el alcoholismo y la drogadicción de las mujeres sea vivida además como abandono”.⁷⁵

⁷² Lagarde, Marcela, Op. cit., México, 1993, p. 708.

⁷³ Ettorre, Elizabeth, Op. cit. Madrid, 1998, p. 49.

⁷⁴ *Ibíd.*, p. 54.

⁷⁵ Lagarde, Marcela, Op. cit., México, 1993, p. 726.

Otra implicación de la *dependencia de subordinación* de las mujeres esta dada por la relación que las posiciona a ellas como dependientes subordinadas de los modelos de atención y tratamiento para las drogodependencias, generalmente “hechos para hombres”.

El doble estigma de la mujer con problemas de drogodependencia

Se ha elaborado toda una teoría del estigma en relación a las mujeres con problemas de drogodependencia, definiendo su problema con las drogas como un rasgo característico de sus identidades de mujeres perdidas o de “no mujeres”,⁷⁶ a través del estigma explicamos su inferioridad, y damos cuenta del peligro que representan.⁷⁷

Según Goffman, el estigma es un atributo que, en una sociedad dada, no forma parte de los elementos esperables y naturales en determinada categoría de sujeto, haciendo que el que lo posee adquiera el status de “diferente” y se genere un profundo efecto desacreditador sobre su persona. Dicho rasgo se impone a la atención por sobre el resto de sus atributos convirtiéndose en definitorio del sujeto.⁷⁸

El orden social de género determina los elementos esperables de las mujeres en la cultura, juega un papel preponderante en el diseño de las relaciones, atribuyendo sentido y precisando categorías como masculino – femenino, que hacen referencia a una forma específica de habitar y vivir el cuerpo, determinando las expectativas sociales de cada una de las identidades que disocia el sexo. Es también una forma primaria de relaciones significantes de poder.⁷⁹ Arquetípicamente el usuario de drogas aparece como un personaje liminal que adolece de una cierta discapacidad social y física, atribuyéndole representaciones ya sea de criminal o enfermo; en este sentido el consumidor de drogas suele ser más lo que se cree que es, que lo que es, una suerte de quimera construida socialmente. En el caso del consumo de sustancias entre mujeres, el estigma no solo deviene de la ya de por sí deteriorada identidad de drogodependiente, sino de las expectativas que se tienen de lo “femenino”, propiciando un doble estigma: la mujer con problemas de drogodependencia. Las mujeres cargan con el peso de una señalación extra, son etiquetadas por transgredir su rol genérico y a esto se suma el estigma asociado a los consumidores de drogas en general.

⁷⁶ Ettore, Elizabeth, Op. cit. Madrid, 1998, p. 51.

⁷⁷ Goffman, Irving. 1995. **Estigma. La identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrurtu, p. 15.

⁷⁸ *Ibíd.*, p. 13.

⁷⁹ Scott, Joan. El género una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, Marta (comp.). 1997. **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**. México: PUEG, UNAM, p. 289.

Si bien el uso de drogas no es privativo de hombres o mujeres, la imagen ya tipificada de los consumidores de drogas se ha construido por asociación a los individuos más visibles que participan de esta práctica, y esta visibilidad no solo depende de la distribución del espacio público y privado, sino de la capacidad o poder para inscribirse en uno u otro espacio.⁸⁰ Aunque la mujer cada vez tenga más representatividad en el ámbito público, sabemos que el poder de libre tránsito entre las esferas de lo público y lo privado es aun limitado para ellas, por ser lo femenino históricamente relegado a la dimensión doméstica.⁸¹ Entonces si las representaciones sociales de los drogodependientes están dadas por los grupos sociales más perceptibles,⁸² puede ser posible que las mujeres no sean un grupo visible ni obvio. La imagen cultural del drogodependiente representa sin duda a un hombre, generalmente joven, miserable en un sentido económico y biográfico, se trata de hombres debido a que las drogodependencias son percibidas como un atributo de la masculinidad,⁸³ dentro de lo que Benno de Keijzer denomina *el varón como factor de riesgo para sí* en donde el abuso de sustancias se presenta como una forma de objetivar los elementos simbólicos que se atribuyen a la masculinidad.⁸⁴

Si la representación social de los consumidores de drogas está dada por aquellos sujetos sobre los que se ejerce mayor control público de sus conductas, en el caso de las mujeres será común encontrar grupos sociales más estigmatizados que otros, como las trabajadoras sexuales tengan o no problemas de drogodependencia.⁸⁵

⁸⁰ Lamo, Emilio, Op. cit., Madrid, 1993, p. 14.

⁸¹ Matamala, Ma. Isabel. 2000. “¿Somos ciudadanas sexuales? Apuntes para la reflexión”, En: Gómez, Adriana (ed.) **Mujeres, sexualidades, derechos. Un camino en construcción.** Cuadernos Mujer y Salud / 5, Chile Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, p. 16.

⁸² Visualizados en las tasas de arrestos, señalamientos en la prensa, permisibilidad de los varones para beber o drogarse en espacios públicos como los bares, las calles, etc, espacios en donde la mujer también convive pero solo a través del rol bien definido de “mujer pública” o trabajadora sexual.

⁸³ “Por masculinidad entiendo un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. Para el caso de México, considero que existe un modelo hegemónico de masculinidad donde se presenta al varón como esencialmente dominante y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan a este modelo”. Véase: De Keijzer, Benno. 1997. “El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva”. En: Tuñón Pablos, Esperanza (coord.). **Género y salud en el sureste de México.** El Colegio de la Frontera Sur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, p. 201.

⁸⁴ De Keijzer, Benno, Op. cit. Tabasco, 1997, p. 212.

⁸⁵ Romero Mendoza, Martha Patricia, Cecilia Gómez y Ma. Elena Medina-Mora 1996 “Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social” (consultado octubre 2005) Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/Mujer/MEXICO1996.pdf, consultado octubre 2005, 22 páginas, p. 2.

La “invisibilidad”⁸⁶ de la drogodependencia entre mujeres hace aun más difícil evidenciar las necesidades particulares de la mujer en este contexto.

De cualquier modo la categoría de estigma tiene al menos otro nivel de impacto en las experiencias de abuso y procesos de recuperación de las mujeres con problemas de drogodependencia relacionado con las funciones no cumplidas atribuidas a la feminidad.⁸⁷

El papel de la mujer ha sido igualado a su función estabilizadora, de esposa y madre,⁸⁸ se ha estipulado que son ellas las guardianas de la moral y los valores sociales. Independientemente de que la mujer tenga problemas con el consumo de drogas comparte esta condición con otras mujeres.

Las mujeres con problemas de drogodependencia representan una amenaza a las formas tradicionales del rol femenino, se consideran perdidas, desviadas de la norma, sujetos que requieren ser recuperados, y que a diferencia del hombre, su recuperación enuncia cierta emergencia social. Cuando la mujer queda invalidada como ser para los otros y no puede prodigar asistencia, surge un doble señalamiento que las identifica como amenaza de la estructura sobre la cuál se organiza simbólicamente la cultura patriarcal.⁸⁹

El doble estigma de la mujer con problemas de drogodependencia, hace más estresante y más destructiva su experiencia que la de los hombres,⁹⁰ no solo en relación a sus itinerarios de abuso de sustancias sino de sus procesos de recuperación.

Las drogodependencias: una discusión desde las mujeres

Según Ettore y Elianne Riska la aproximación predominante en la investigación actual es individualista y ciega hacia el género, presenta información “sin objeciones”, fomenta “roles de las mujeres” o estereotipos determinados políticamente.⁹¹ El modelo de investigación tradicional funciona para restar importancia a la mujer dentro del mismo. Suelen construir datos epidemiológicos en donde la mujer solo figura como una cifra, que

⁸⁶ Ettore, Elizabeth y Elianne Riska. Op. cit. Cambridge, 1993, p. 505.

⁸⁷ “Entendiendo la *feminidad* como el conjunto de asignaciones y atributos sociales y culturales que definen las características femeninas simbolizadas en la cultura y reconocidas históricamente por la sociedad”. En: Ravelo Blancas, Patricia, Op. cit., Guadalajara, 2000, p. 216.

⁸⁸ Lagarde, Marcela, Op. cit. México, 1993, p. 878.

⁸⁹ Lagarde, Marcela, Op. cit. México, 1993, p. 726.

⁹⁰ CONACE, 2004 “Mujeres y tratamiento de drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas” ,Chile, Disponible en: http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Libros_tratamiento/Tratamiento_mujeres_dependientes.pdf, (consultado Octubre 2005), 60 páginas.

⁹¹ Ettore, Elizabeth y Elianne Riska, Op. cit. Cambridge, 1993, p. 504.

en comparación con el porcentaje de hombres suele interpretarse como poco representativa, “un problema menor” sin considerar que el fenómeno no responde a una lógica cuantitativa, ¿cuántas mujeres con problemas de drogodependencias existen?, sino, por ejemplo, ¿cuáles son las determinantes de género que hacen particular su proceso adictivo y de recuperación? ¿Por qué son siempre menos que los hombres? Esto es posible a través de una mirada de género, pues ésta refleja las realidades de algún modo invisibles de las mujeres en sus vidas cotidianas. En su estudio del consumo de psicofármacos entre mujeres Ettorre y Elianne Riska definen una “*perspectiva sensible al género*” como aquella en la cuál las categorías de mujer y sistema de género no son tomadas como dadas sino problematizadas y situadas en primer plano de análisis.⁹² Esta sensibilización de género me permite desarrollar uno de los objetivos de esta investigación: analizar las condiciones a las que se enfrentan las mujeres con problemas de drogodependencia en sus procesos de recuperación.

Para Ettorre existen al menos cuatro aspectos⁹³ que deben ser considerados si se tiene la intención de incorporar una mirada sensible al género para la comprensión del consumo de sustancias entre mujeres:

- a) Las mujeres con problemas de drogodependencia no son un grupo homogéneo, factores sociales como la edad, origen étnico, clase social y orientación sexual, deben ser considerados como influencia sobre sus experiencias.
- b) La investigación tradicional tiende a individualizar el tema del consumo de sustancias entre mujeres, sin ser crítica ni histórica este tipo de investigación no considera las raíces estructurales del poder. Las investigaciones y acciones en el campo de las drogodependencias de las mujeres no son necesariamente feministas porque se centren en las mujeres.
- c) Proponer “un tratamiento sensible a las diferencias”, para responder a las necesidades de grupos específicos.

⁹² Ettorre, Elizabeth y Elianne Riska. Op. cit. Cambridge, p. 505.

⁹³ *Ibíd.*, p. 103-104.

- d) Desarrollar la investigación a terrenos sociales más extensos: a través de lo específico visualizar la desigualdad social mediante una vinculación con temas de bienestar más amplios.

Para Marcela Lagarde⁹⁴ el análisis de los problemas de drogodependencia entre mujeres deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Concebir la “locura de la adicción” como defensa cultural frente a hechos de la misma cultura. De este modo las motivaciones de las mujeres por abusar de las sustancias puede entenderse en un contexto social que propicia las conductas de dependencia.⁹⁵
- b) Las drogodependencias reestablecen la relación de dependencia vital de las mujeres y de la servidumbre voluntaria con el poder.
- c) Una cultura en donde las drogas son concebidas como panacea, como solución a “los problemas del vivir”
- d) El uso de sustancias entre mujeres es producto de la generalización de las contradicciones que impiden a las mujeres la realización de su feminidad, de su ser mujer.

Breve pero acertadamente, Lagarde plantea que las drogodependencias entre mujeres se circunscriben idóneamente en el circuito de abuso y subordinación en el cuál ellas ya han sido socializadas. Estos conceptos son considerados como una herramienta útil en el análisis de las drogodependencias de las mujeres.

Modelos de atención y tratamiento de las drogodependencias

A pesar del incremento del consumo de sustancias entre mujeres, la drogodependencia no ha sido considerada como un problema femenino,⁹⁶ las mujeres suelen verse como acompañantes del proceso adictivo en su rol de madres, esposas o parejas, hijas o hermanas, pero no como drogodependientes.⁹⁷, ⁹⁸ En nuestro país son escasos los modelos,

⁹⁴ Lagarde, Marcela, Op. cit., UNAM, 1993, p. 722 -724.

⁹⁵ Agregaría otras dimensiones de dependencia además de las relaciones de género, por ejemplo dependencia política y económica.

⁹⁶ Según datos de la ENA, para 1998, la prevalencia de uso de droga ilegal alguna vez en la vida entre hombres y mujeres en zonas urbanas de 18 a 34 años fue de 15.6 entre los hombres y 1.2 entre mujeres, cuatro años más tarde, el mismo dato se reveló de este modo: 9.41 en hombres y 2.44 entre mujeres, Véase: ENA, 2002, Tabaco, alcohol y otras drogas. **Resumen Ejecutivo**. SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI. p.20.

⁹⁷ Ravazzola, Ma. Cristina, Op. cit. Barcelona, 1997, p.210.

⁹⁸ Los itinerarios terapéuticos de muchas mujeres señalan que la mayoría de ellas ingresa a A.A. a través de AL-ANON, una sucursal de A.A. para tratar a los familiares de un alcohólico o drogodependiente.

programas o campañas que consideran las vicisitudes particulares del proceso que lleva a una mujer a desarrollar una drogodependencia. Los modelos de recuperación disponibles ya sean grupos de ayuda mutua, comunidades terapéuticas u hospitales han sido diseñados y pensados a través de un modelo masculino del tratamiento de las drogodependencias.

Esto sucede porque en los programas de recuperación de drogodependencias las representaciones y prácticas que se tienen sobre las mujeres y que las mujeres tienen sobre sí mismas han generado un núcleo de conceptos tradicionales mediados por el orden social de género, los hombres figuran como participantes activos y socialmente dominantes en la cultura del consumo de drogas y las mujeres como participantes subordinadas y relativamente pasivas, lo cuál supone que las situaciones y necesidades de las mujeres han sido ampliamente desatendidas tanto en el tratamiento como en el campo de la investigación.⁹⁹

Existen diversos modelos para atender y tratar el problema de las drogodependencias, explicaremos al menos cuatro modelos diferentes de intervención en el campo de las drogodependencias. Para ello resulta útil la conceptualización del Modelo Médico Hegemónico (MMH) con el fin de explicar la complejidad de los enfoques que han intentado atender y tratar a personas con problemas de drogodependencia, constituye además un marco metodológico referencial para la organización e interpretación de las representaciones y prácticas específicas de un determinado contexto social.¹⁰⁰ La condición de modelo es más bien utilizada como una herramienta teórico-conceptual, a sabiendas de la complejidad de las particularidades empíricas.¹⁰¹ El concepto de MMH resulta pertinente cuando se requiere comprender cuales son los criterios que estructuran los programas de recuperación que se imparte en un primer nivel de atención.

Siguiendo a Menéndez y Di Pardo,

“por Modelo Médico Hegemónico entendemos el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cuál ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del Siglo XVIII hasta lograr

⁹⁹ Ettore, Elizabeth, Op. cit , Barcelona,1994, p. 99.

¹⁰⁰ Menéndez, Eduardo y Di Pardo R., 1996. **De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización.** México: CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social), p.60.

¹⁰¹ Haro Encinas, Jesús Armando. 2000. “Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En: E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds., **Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina**, Barcelona, Ediciones Bellaterra, Serie General Universitaria 8, p. 107.

identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos (...) Por otra parte, las funciones que cumple el MMH las hemos diferenciado en tres grupos: a) curativas, preventivas y de mantenimiento; b) control normatización-medicalización-legitimación y c) económico-ocupacionales”.¹⁰²

Considerando que el análisis global del MMH no puede reducirse a sí mismo; su descripción y análisis debe realizarse junto con el de los saberes y prácticas que subordina; además, tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción histórica de esas relaciones.¹⁰³ Es por ello que incurriremos en el análisis de las formas subordinadas de atención y tratamiento.

Para los fines de esta investigación resaltaremos al menos los siguientes rasgos estructurales del MMH enumerados por Menéndez y Di Pardo:

a) Biologismo, b) Ahistoricidad, c) Individualismo, d) La salud y la enfermedad como mercancías en términos directos o indirectos, e) Concepción de la enfermedad como ruptura, diferencia, f) Práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, g) Relación asimétrica médico-paciente, h) El paciente como responsable de su enfermedad, i) El paciente como consumidor pasivo, j) Exclusión del paciente del saber médico.¹⁰⁴

En el caso de la atención y tratamiento de las drogodependencias la lectura que desde las instituciones del Estado se ha institucionalizado como marco de comprensión y acción, esta determinada por las características antes mencionadas y por una medicina patriarcal. El Biologismo y la ahistoricidad estructural al MMH impiden un afrontamiento crítico que deleve las necesidades sentidas de las usuarias de servicios de atención y tratamiento para las drogodependencias.

El modelo hospitalario entendido como una fase del MMH se articula como eje de la práctica sanitaria en cuando a la atención y tratamiento de la drogodependencia distinguiéndose por un fuerte intervencionismo: “Su objetivo es aislar al enfermo de su entorno social y cultural y situarle en un espacio en el que completar el conjunto de las

¹⁰² Menéndez, Eduardo y Di Pardo R., Op. cit. México, p. 59-60.

¹⁰³ *Ibíd.*, p. 59-60.

¹⁰⁴ *Ibíd.*, p.60.

tareas necesarias para la resolución o la gestión de su trastorno concebido como una alteración exclusivamente biológica”.¹⁰⁵

El modelo hospitalario, es también un modelo psiquiátrico y determina el tipo de servicios que ofrece el aparato médico sanitario,¹⁰⁶ se vale principalmente de terapéuticas farmacológicas y acompañamientos psicológicos, que pueden presentarse más comúnmente en estas modalidades: a) Internamiento, que implica tratamiento farmacológico y terapia psicológica de grupo e individual, b) Tratamiento farmacológico y psicológico a través de consulta externa / tratamiento ambulatorio, c) Tratamiento sustitutivo y d) Únicamente terapia psicológica individual o de grupo.

Desde el MMH se han establecido los criterios diagnósticos de *dependencia a una sustancia* y según la noción propuesta en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV)¹⁰⁷ por la Asociación Americana de Psiquiatría se contemplan hasta nueve elementos para diagnosticar la dependencia a una sustancia, entre ellos:

- a) Tolerancia, entendida como la necesidad de administrar dosis superiores a causa del uso continuo y la pérdida de los primeros efectos eufóricos de la sustancia.
- b) Abstinencia, síndrome de supresión debido a la suspensión de la sustancia que es característico de la droga de la que se abuse: su agudeza depende de la sustancia y cantidad que se use.
- c) Consumo de sustancias en grandes cantidades.
- d) Renuncia a otras cosas por la droga.
- e) El fracaso en los intentos de dejarla.
- f) El consumo habitual a pesar de conocer su nocividad.

El modelo hospitalario en relación a la atención y tratamiento de las drogodependencias no siempre ha sido el mismo. A inicios de los años setenta se incorporaron tardíamente en México algunos conceptos y metodologías provenientes de la psicología social,

¹⁰⁵ Comelles Esteban, Josep .M. "La utopía de la Atención Integral en Salud. Autocuidado, Atención Primaria y Atención Institucional". En: Carlos Álvarez-Dardet y Miquel Porta: **Revisiones en Salud Pública** 1993, 3. Barcelona: Masson, p. 179.

¹⁰⁶ "Instituciones del Estado que directamente tiene que ver con la atención prevención de la enfermedad", Véase: Menéndez, Eduardo y Di Pardo R. Op. cit. México, p. 62.

¹⁰⁷ DSM-IV- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1997 Barcelona: Masson.

particularmente del modelo de comunidad terapéutica (C.T.) que surge como una respuesta ante la crisis del MMH en el contexto de la salud mental,¹⁰⁸ aparejado con las críticas provenientes del movimiento conocido como antipsiquiatría.¹⁰⁹ Contrario a la manera en que ocurre en el MMH aquí los “pacientes” asumen responsabilidades y acciones protagónicas dentro del proceso terapéutico, no sólo en relación consigo mismos, sino también con sus compañeros que en este modelo son llamados residentes. Estas organizaciones están basadas en ideas de responsabilidad colectiva, ciudadanía y empoderamiento.¹¹⁰ Una comunidad terapéutica no solo involucra al sujeto como protagonista que vive la experiencia de recuperación, también considera e integra a la familia y la red social como distintivo del proceso aunado a una decisión personal y voluntaria de ingreso.¹¹¹

Tales instituciones desarrollan un modelo mixto, con internamiento en las primeras fases de tratamiento y atención ambulatoria en la fase de seguimiento. Los fondos para el sostenimiento de los grupos proceden de: a) aportes en efectivo por parte de familiares de los pacientes; b) donaciones recibidas por parte de particulares y empresas; c) actividades de autosostenimiento tales como prestación de servicios menores; y d) subvenciones generalmente en forma de alimentos ofrecidas por parte de organismos estatales de ayuda social.

Las primeras propuestas en torno a comunidades terapéuticas tuvieron lugar a fines de la década de los cuarentas a través de los experimentos Northfield llevados a cabo en Inglaterra por Mill Hill¹¹² y que tenían como objetivo renovar el antiguo tratamiento coercitivo para reemplazarlo por el soporte mutuo en comunidad. Este sistema permeo las formas terapéuticas en Europa, denominándose también modelo democrático, en

¹⁰⁸ Andrés Casas, Aldo. “**La drogadicción como proceso de salud-enfermedad-atención. Representaciones y practicas sociales en conflicto**”. 09 de agosto de 2003, Cuaderno de Herramientas no. 2, Disponible en:

<http://www.herramienta.com.ar/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=192&mode=thread&order=0&thold=0> (consultado octubre 2005), p.13.

¹⁰⁹ De la Vega Morales, Arturo. “Modelo de atención en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte”. En: **Salud Mental y Adicciones**. Año 10 No. 29 Abril 2001, Hermosillo, Sonora.

¹¹⁰ Camping, Penélope. “Therapeutic communities” *Advances in Psychiatric Treatment* (2001), vol. 7, pp. 365 Disponible en: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/7/5/365> (consultado octubre 2005).

¹¹¹ Valle Leoni, Sergio Rolando Programa de capacitación sobre el modelo de Comunidad Terapéutica.

Módulo 1. Asociación Casa Alianza, Guatemala. Disponible en: www.casa-alianza.org/.../site/content/download/309/1177/file/Comunidad%20Terapeutica%20-%20modulo%201.pdf – (consultado octubre 2005).

¹¹² *Ibíd.*, 366.

contraposición al norteamericano que tenía una estructura más jerárquica, basada en un sistema de recompensa.¹¹³

El objetivo de las C.T. implica atender los aspectos que el Modelo hospitalario de atención y tratamiento de las adicciones no contempla:

- a) Ir más allá de la medicación y de la desintoxicación.
- b) Proveer un espacio seguro, a través de una convivencia planificada.
- c) Una relación entre iguales (entre operadores y residentes) es decir personas que comparten la misma experiencia. Donde los operadores son generalmente *ex-drogodependientes*.

El modelo hospitalario incorporó ciertos elementos de la psicología social aunque prima lo criterios de intervención y medicalización, de tal suerte que hoy en día en nuestro país el total de los hospitales psiquiátricos o de Higiene Mental destinados a la atención y tratamiento de las drogodependencias tienen servicios internos (con una estancia no mayor de 30 días) y externos de terapias psicológicas de grupo e individuales, a su vez muchas comunidades terapéuticas, aunque no todas, cuentan con tratamientos farmacológicos internos y externos y contemplan períodos de internamiento por tres meses como mínimo.

Resulta difícil definir a las comunidades terapéuticas actualmente, al menos que dignamos que su carácter cambiante es parte de su definición.¹¹⁴ Camping haciendo referencia a un estudio de Rapoport (Community as Doctor, 1960) menciona cuatro principios básicos que hacen a una comunidad terapéutica: democracia, confrontación real, permisividad y comunalidad, estos elementos no están dados como absolutos sino que conviven en tensión unos con otros.¹¹⁵ El conflicto es también parte de los hallazgos de Rapoport, haciendo hincapié en que las dinámicas de grupo pueden ser tan destructivas como terapéuticas, caracterizando los procesos como ciclos oscilantes entre el comportamiento disruptivo y la funcionalidad.¹¹⁶

Dentro del modelo de C. T. debo resaltar para los fines particulares de esta investigación al menos dos experiencia estadounidenses que están vinculadas. El modelo americano conocido como Syanon, retoma las bases conceptuales de la C.T. que definió Jones

¹¹³ *Ibíd.*, 365.

¹¹⁴ *Ibíd.*, 367.

¹¹⁵ *Ibíd.*, 367.

¹¹⁶ *Ibíd.*, 367.

Maxwel, “A diferencia del modelo mas europeo de M. Jones, este modelo americano, es un sistema muy jerarquizado, con una pirámide de autoridad que suele recibir muchas criticas democratizantes. En Synanon se ofrece a los internos una escala de ascenso en la pirámide jerárquica, pudiendo llegar incluso a directivo debido a la ausencia de técnicos quedando esta figura del técnico apartada a igual que ocurre en AA”.¹¹⁷

Alcohólicos Anónimos fue sin duda pionero en cuanto a la estructuración de un modelo americano, a través de la experiencia Synanon y más tarde la experiencia Daytop en Estados Unidos, la primera fundada por un exalcohólico e inspirada en su propia experiencia en Alcohólicos Anónimos.¹¹⁸ El modelo Minnesota surge en el hospital Estatal de Willmar; entre 1948 y 1950 se desarrolló a través de las múltiples experiencias de los primeros grupos de alcohólicos que aparecieron en Estados Unidos a finales de las década de los cuarenta como Pioner House y Hazalden, a esto se le conoció como la “Experiencia Minnesota”.¹¹⁹ Trabajan al modo de Alcohólicos Anónimos a través del método de los “Doce pasos”.

El modelo Minnesota, trabajó desde un inicio con personas que presentaban problemas con el alcohol y/o otro tipo de sustancias. El modelo se distingue fundamentalmente por:¹²⁰

- a) Proponer la categoría de cuidado en vez de curación.
- b) Seguir la filosofía de A.A.
- c) Equipo multidisciplinario.¹²¹
- d) La familia debe ser incluida en el tratamiento.
- e) *Cuidado continuo*, a través de casas de medio camino o grupos de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.

Se reconocen tres fases del tratamiento, en un lapso de tres meses de residencia, vividos como un *continuum* que primero implica aceptar la impotencia ante el alcohol y las drogas, reconocer la necesidad de cambio y diseñar un proyecto de vida.¹²²

¹¹⁷ Martín Pozas, Jesús. “Historia y evolución de las comunidades terapéuticas”. Federation of European Professional Associations Working in the Field of Drug Abuse (ERIT). Disponible en: http://www.ert.org/articles/historyCCTT_esp.htm (consultado octubre 2005), p. 2.

¹¹⁸ *Ibíd.*, p. 2.

¹¹⁹ Kort, Elke, “Un modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas”. Disponible en: <http://www.adicciones.org.mx/modelo.html> (consultado octubre 2005), p. 3.

¹²⁰ *Ibíd.*, p. 3.

¹²¹ Generalmente trabajadoras sociales, psicólogos, enfermeros, médicos psiquiatras y generales.

No solo las comunidades terapéuticas surgen como una respuesta organizada frente a la crisis del MMH, también los grupos de ayuda mutua (GAM), se estructuran como experiencias colectivas de abordar la enfermedad ante la crisis del MMH y la incapacidad del gobierno a través del aparato médico sanitario.¹²³ Estas prácticas médicas están inscritas en lo que J.A. Haro denomina *cuidados legos* es decir el ámbito no profesional de la salud.¹²⁴

“En mi opinión los términos de autocuidado, autoatención y autoayuda pueden ayudarnos a construir los conceptos necesarios para cubrir el espectro en que se brindan los cuidados profanos de la salud, evidentemente la sinonimia y la polisemia de los términos de atención, asistencia, ayuda, cuidado, protección y apoyo permanecen en la literatura sobre el tema, aunque existen propuestas de adscribir algunos de estos a usos precisos”.¹²⁵

Se ha hecho alusión al concepto de autoayuda, pero en este trabajo retomo la propuesta de J. Canals, quien hace una clara distinción entre dos conceptos aparentemente similares: autoayuda y ayuda mutua.

El primero lo distingue por una carga de ambigüedad a causa del uso polivalente que se hace del mismo:

“En la acepción que más puede interesar aquí debería traducirse por *uno mismo* o *sí mismo*. *Autoayuda* entendida como “ayuda a sí mismo” sería una traducción adecuada, pero a primera vista se ajustaría mejor al hecho individual que al grupal. Considerando esta restricción, el grupo de autoayuda lo sería en la medida en que es un instrumento para que sus miembros se ayuden a sí mismos”.¹²⁶

¹²² Kort, Elke, Op, cit. p. 3.

¹²³ Comelles Esteban, Josep M. “De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual” Disponible en: <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>, (consultado octubre 2005), p. 2.

¹²⁴ Haro Encinas, Jesús Armando, Op. Cit. Barcelona, p. 101.

¹²⁵ *Ibíd.*, p 112.

¹²⁶ Canals Salas, Joseph. 2002. “El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar”. **Tesis de Doctorado**, Universitat Rovira I Virgili, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Tarragona, p. 36 – 37.

Self-help, la traducción al inglés del concepto conlleva a la reflexividad característica del *self*, considerándolo un factor de imprecisión cuando autoayuda se aplica a un grupo.¹²⁷

Canals establece la diferencia no solo por el significado literal de la palabra, sino por el tipo de relaciones a los que cada uno de estos conceptos hace alusión.

Para Canals los GAM son grupos productores de ayuda:

“Esta distinción permite señalar al GAM como conjunto productor de ayuda, subrayando que ésta se da y se recibe en el interior del grupo autónomamente de otros agentes exteriores. Desde esta perspectiva el GAM se *autoayuda* en tanto que sujeto colectivo portador de un *self* aplicable al grupo como conjunto y a sus miembros individualmente. Al mismo tiempo, la interacción entre los componentes del grupo sigue las pautas de reciprocidad características de la ayuda mutua propiamente dicha. Por extensión, el término autoayuda podría aplicarse a otras estructuras asociativas en las cuales se produjeran relaciones de ayuda de manera autónoma, aunque estas no pudieran calificarse de ayuda mutua”.¹²⁸

Necesariamente los GAM son organizaciones igualitarias,¹²⁹ en donde la identificación con la experiencia del otro marca la pauta de las relaciones y de la sanación, inclusive, algo que Haro denomina el *terapeuta identificado* y que es precisamente la base de la sanación.¹³⁰ Se trata de lo que yo llamo *recuperador lego*, es decir, una persona dedicada al tratamiento de drogodependencias, no profesional, que se vale de su experiencia vital para asumir su rol como terapeuta.

Para J. Rivera Navarro, los GAM's están generalmente asociados a padecimientos o eventos que estigmatizan a los miembros que los conforman, campos “clásicos” de la marginación social como: drogas, alcoholismo, SIDA, entre otros.¹³¹ Se trata de agrupaciones que intercambian su mutua experiencia de rechazo y señalamiento con otros iguales.

¹²⁷ *Ibíd.*, p 37.

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 38.

¹²⁹ Rivera Navarro, Jesús. “Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas”. **Revista de Antropología Experimental**, No. 5, 2005.

Universidad de Jaén. Texto 13, ISSN:1578-4282, 21 páginas,

<http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2005/rivera05.pdf>, (consultado 12 octubre 2005), p. 3.

¹³⁰ Haro Encinas, Jesús Armando, *Op. cit.* Barcelona, p. 111.

¹³¹ Rivera, Navarro, Jesús, *Op. cit.* España, p. 3.

Entonces como una forma organizada no profesional de la salud, estas formas de atender y prevenir la enfermedad en el campo de las drogodependencias tienen dos expresiones en la localidad de Hermosillo que se abordarán en este trabajo: los grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos (A.A.) y Narcóticos Anónimos (N.A.) y los Anexos. En este trabajo nos abocaremos a los grupos de ayuda mutua de A.A. y N.A., en donde indistintamente asisten personas por consumo de alcohol y/o otras drogas.

Por *grupos de ayuda mutua* entenderemos aquellos grupos ya sea de A.A. o NA, de 24 horas que tiene como objetivo brindar una red de apoyo mutuo para el sostenimiento del proceso de recuperación de sus miembros a cualquier hora o momento del día; aunque técnicamente estos grupos no pueden recibir “residentes” y medicarlos, esta práctica es común, aunque no es lo general. Por *anexo* nos referiremos a los centros de tratamiento no profesiones en donde se llevan a cabo terapias mixtas que rara vez aplican una forma terapéutica organizada y que se adscribe más bien a un modelo no democrático y espiritual de abordar la enfermedad, no cuentan con los servicios básicos médicos y profesionales en ningún sentido, parten del papel del terapeuta identificado, manejan el dolor y la culpa como una forma de reconocer sus errores y enmendarlos, tienen sobre todo un sentido de reconversión a través del castigo y la autodisciplina en un sistema sumamente jerarquizado de rangos, servicios y actividades.¹³²

Para cada uno de estos modelos la recuperación tiene sentido divergente; según la especificidad que exige esta tesis partiremos de que los planteamientos de recuperación en los GAM's y la Comunidad Terapéutica son similares:

- a) La recuperación es un proceso de autoconocimiento a largo plazo o para toda la vida, que implica compartir con otros tu experiencia con el objetivo de encontrar estrategias y sentidos diferentes ante las adversidades de una vida en sobriedad.
- b) La recuperación implica la recuperación de valores tradicionales, incluye por ello tradiciones y normas internas al grupo o comunidad que nos ayudarán al aplicarlos a la vida cotidiana.

¹³² No se encontraron referencias bibliográficas relacionadas con los *anexos* en México. Es por eso que se define en este apartado lo que en esta tesis se entenderá por *anexos*.

- c) La Comunidad Terapéutica y los GAM proponen un cuidado constante, que implica una relación de dependencia al grupo en el que se participa.
- d) Ambos modelos surgen del proyecto conocido como “Experiencia Minnesota”.

Sin afán de ser exhaustiva propongo la siguiente tabla, para visualizar los diferentes sentidos que conlleva la recuperación según cada modelo, en cada una de las formas locales de atención y tratamiento a las que recurren las mujeres a las que hace referencia esta investigación. La metodología de los “Doce pasos” de Alcohólicos Anónimos atraviesa transversalmente todos los modelos que se destacan a continuación.

Cuadro 5. El sentido de la recuperación desde varios modelos.

Lugar	Modelo	Sentido de la recuperación
Hospital	-Modelo Médico Hegemónico -Modelo Hospitalario -Psiquiatría	-Biologismo: equilibrar el cuerpo -Estabilización de las funciones neuroquímicas del cerebro -Desintoxicación: “sacar del cuerpo la droga”.
Albergue Femenil	-Comunidad Terapéutica “Modelo Minnesota”	-Recuperación de valores y roles asignados a la mujer “aprender a ser mujer”, “aprender a ser madre”.
Anexos	-Comparte elementos de la C.T. pero a un nivel más experimental. El terapéutica identificado (Haro, 2000), juega un papel determinante en la sanación.	-La recuperación como arrepentimiento. Evento doloroso consecuencia de malos actos, que debemos expiar. -Se trabaja con la culpa, el dolor y el castigo, para ellos “El dolor es la piedra angular del crecimiento”
Grupos de ayuda mutua (Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos)	-Ayuda mutua, tiene como origen la “experiencia Minnesota”	-La recuperación como sostenimiento. Un proyecto a largo plazo, que implica características de los modelos anteriores y trabaja paralelamente con todos ellos. Se trata de un proceso de autoconocimiento y compartimiento.

Elaboración propia.

3.- “Saludos desde Hermosillo”: entre el *narco* y la derecha

Un día del invierno del 2004 una avioneta sobrevoló la ciudad de Hermosillo a baja altura, la tarde estaba cayendo, la gente abordaba los camiones urbanos, algunos volvían de la escuela o el trabajo cuando la avioneta *Cessna 206* surcó el cielo rozando los edificios; los diarios dijeron que era una estrategia para burlar los radares y distraer a dos helicópteros de la AFI.¹³³ Después de planear por todo el territorio sonoreense buscando una estrategia para escabullirse, la avioneta entró a las seis de la tarde a Hermosillo. Toda la ciudad estuvo alerta del acontecimiento aéreo. Finalmente fuimos testigos de que la nave se perdió con el sol hacia el poniente, pero en la ciudad quedó el alboroto y todos comentaron el suceso. Una fotografía publicada por El Imparcial el 8 de diciembre del 2004 le dio la vuelta al país, en ella se veía la avioneta pasando al ras de las torres de la catedral metropolitana.

La prensa se refería a la nave como la “*narcoavioneta*” y en los días posteriores al avistamiento, la investigación se presentó como un misterio y las pistas nunca se obtuvieron. El gobernador Eduardo Bours declaró que todo estaba bajo control y que la nave había sido detenida en Sinaloa,¹³⁴ pero esta información fue desmentida por otras fuentes y la elaboración popular aseguró que las autoridades estaban coludidas y que habían permitido que la “*narcoavioneta*” escapara por la sierra de Sonora rumbo a Sinaloa.¹³⁵ Una publicación que apareció meses después revelaba la única pista que se tenían de este suceso: una avioneta varada entre mezquites, que supuestamente venía cargada de marihuana o del dinero producto de su venta.¹³⁶ Jamás se revelaron los nombres de los involucrados, ni se le dio seguimiento a lo que flagrantemente era un “*asunto del narco*”.

Irónicamente a principios del año 2005, el diario reveló a través de unas fotografías la existencia de lo que se dijo una “*plantación*” de dos arbustos de marihuana que fueron encontrados en un camellón al norte de la ciudad, pero en este caso la alcaldesa de Hermosillo “*sorprendida*” por el hallazgo aseguraba: “*se pedirá que se investigue la*

¹³³ Agencia Federal de Investigaciones relacionadas con el narcotráfico.

¹³⁴ Medina, Luis Alberto. (2005) “Nadie me ha desmentido Bours”. Hermosillo, General, El Imparcial, 10 de enero.

¹³⁵ Mirón y cía. (pseudónimo) (2004) “Cerro de la campana”. Hermosillo, General, El Imparcial, 13 de diciembre de 2004.

¹³⁶ Márquez, Manuel. (2005) “Venía de Sinaloa “*narcoavioneta*”. Investiga la PGR, en base al número confidencial de la avioneta para identificar al propietario”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 26 de mayo.

procedencia de la planta” y se comprometió a “*llegar hasta las últimas consecuencias*”¹³⁷ para saber quien había hecho crecer entre las petunias la ilegal hierba.

La connotación de sorpresa y el compromiso político de perseguir “*hasta las últimas consecuencias*” a quien resultara responsable de haber sembrado dos plantas de marihuana en un paseo urbano, contrastaba con la incapacidad de dar con los dueños de aquellos kilos de marihuana o billetes que sobrevolaron la ciudad a bordo de la *Cessna 206*.

Hermosillo se “*sorprende*” con ambos eventos, y en los dos casos –al menos en el discurso- se empeña en dar con los culpables, aunque la generalidad sea, que se capture a los infractores de ilícitos menores, minúsculos ante la dimensión que ha tomado el narcotráfico, como podría ser, cultivar -incluso accidentalmente- una planta de marihuana. Decidí comenzar este capítulo con el relato de la “*narcoavioneta*” y el “*platío urbano de marihuana*”, pues creo que son ejemplos significativos de los contradictorios discursos que se elaboran en relación a la producción, tráfico y consumo de drogas en Hermosillo, Sonora.

Podemos ver que el discurso local, en relación a los eventos vinculados con el narcotráfico, proyecta su preocupación por el asunto y plantea una situación de guerra (utilizando siempre un lenguaje bélico) *contra el uso y tráfico de estupefacientes*. Pero en la práctica, la etiología política y económica de esta problemática, permanece incólume ante los reclamos sociales y las sanciones de tipo legal que devengan del narcotráfico, mientras que, la verdadera batalla, tiene trinchera en las calles de la ciudad y afecta la salud y vida cotidiana de los hombres y mujeres que las consumen.

Tenemos que, por una parte, se erige en la ciudad un discurso antidrogas, muy vinculado a grupos conservadores y de derecha¹³⁸ para señalar, perseguir y castigar a los usuarios de drogas. Se dice “*vive sin drogas*” en una sociedad que convive día a día con ellas, que cuenta a manera de sobremesa o en trastienda los eventos violentos a manos del “*narco*”, como aquel domingo 31 de julio del 2005 cuando a punta de cuerno de chivo un comando armado irrumpió en el Hospital General como parte de un plan de fuga de un hombre vinculado con el narcotráfico o aquel 10 de noviembre del mismo año cuando la ciudad

¹³⁷ Cázares, Jesús. (2005) “Sorprende a autoridades la planta del enervante en un camellón del bulevar Morelos. Investiga comuna plantación de mariguana”. Hermosillo, General, EL Imparcial, 25 de enero.

¹³⁸ La mayor parte de los grupos civiles vinculados con programas de prevención o tratamiento de las drogodependencias, tienen asociación con la iglesia católica.

despertó con el estruendo de una balacera en una privilegiada zona residencial, rodeada por un campo de golf al oeste de Hermosillo.

La desaparición de un joven reportero de El Imparcial tuvo lugar los primeros días de abril del 2005. Alfredo Jiménez Mota escribía en la columna policíaca notas generalmente relacionadas con el narcotráfico y el narcomenudeo. Mientras revisaba los periódicos durante ese año, el rostro del periodista se asomaba por entre los reportajes, recordándome el estado generalizado de violencia que impera en esta ciudad del norte de México; las especulaciones y aseveraciones de la implicación del narcotráfico han acompañado su ausencia desde entonces.

También fue significativo el caso de unos artistas gráficos que habían difundido por las calles de la ciudad algunos grabados al aerosol donde se podía ver una AK 47 con la leyenda: “*Saludos desde Culiacán*”. La radio y también el noticiero televisado comentaron el suceso, y toda la ciudad volvió a escandalizarse de pensar que los “narcos” estuvieran entre nosotros.

Contradictoriamente la sociedad hermosillense se alarma de una sentencia que revela la presencia del narcotráfico en nuestra ciudad cuando sus habitantes se han acostumbrado a las balaceras, el tráfico, las redadas, los decomisos, los laboratorios clandestinos de *crystal*,¹³⁹ los faros sin luz que les han pillado el foco¹⁴⁰ que los *fokemones*¹⁴¹ utilizan para fumar, los choferes del urbano que raudos transitan por las avenidas, a la velocidad de la metanfetamina, las noticias policíacas del diario y la radio en donde la droga y sus protagonistas son parte esencial de la novela urbana. Por ejemplo, en la ciudad se puede sintonizar bajo la frecuencia modulada, un programa bastante popular llamado “*Bandas y bandidos*” en donde con cierto humor y mucha familiaridad se narran los eventos que tienen lugar en esta “*narcociudad*”: detenciones, persecuciones y demás avatares del “*mundo de la droga*”.

¹³⁹ *Crystal* es el nombre que recibe una variación local de metanfetamina, familia a la que pertenecen otras drogas como el éxtasis (tachas), *ice* y *crank* (No el *crack*, que es la piedra o base de cocaína). En Estados Unidos esta droga es conocida como *crystal meth*.

¹⁴⁰ En el argot local, el *crystal* es también conocido como “*foco*”, pues esta sustancia se fuma en un pedazo que se corta de las bombillas de luz y que emplean a manera de pipa.

¹⁴¹ Usuarios de *crystal* en el argot local.

Es bastante común, que cuando alguien comienza a posicionarse económica y socialmente surja el comentario: “*Debe ser narco*”. Y es que Hermosillo se ha acostumbrado a asociar la abundancia con el tráfico de drogas.

Sin embargo, aunque muchos de sus habitantes han estado relacionados en actividades de siembra, comercio y consumo de drogas, la sociedad hermosillense se empeña en negar su participación activa en estas prácticas. La política antidrogas, entorpece el reconocimiento del problema que enfrentamos y reduce su “*combate*” a un simple: “*di no*”, en una guerra que se postula contra el narcotráfico pero que termina librándose contra los consumidores y consumidoras, pero también contra los pequeños distribuidores.

Hermosillo vive entre el “*narco*” y la derecha. Un discurso de doble moral que pretende convencernos de que se trata de un problema de marginales, de criminales, de enfermos, en definitiva de los “*otros*”, los que no son parte de una sociedad deseable, aunque el cimiento político y económico de la misma este dado por el narcotráfico en un porcentaje que quizá nunca conoceremos con certeza. Cada vez más, sin embargo, la gente comienza a reconocer que se trata de un problema cercano, incluso familiar y entonces viene la confusión ¿*no se trataba de algo que le sucedía a las familias “corruptas” y “disfuncionales”?*, ¿*no era esto un problema solo para los “jóvenes sin valores”?*, ¿*cómo debo actuar si esto le sucede a mi hermano o a mi pareja?* Más difícil todavía, si esta persona es también madre, esposa, mujer.

Es este el contexto cotidiano que se vive en Hermosillo, una ciudad mediana, con 609,829 habitantes de los cuales 303,533 son hombres y 306,296 mujeres,¹⁴² que en los últimos años ha presentado un crecimiento de zonas habitacionales hacia el norte y el sur, de la ciudad. Son nuevos barrios y todavía invasiones¹⁴³ alejadas de nodos comerciales y de otros servicios, entre ellos de salud, y en donde el tráfico, el consumo de drogas y la violencia son parte de la vida cotidiana de sus habitantes.

Algunas de las mujeres entrevistadas vivían en estos barrios y alejadas como estaban del resto de la ciudad, solían pasar semanas encerradas en casa, haciendo el aseo y esperando que de noche viniera su pareja, para empezar al día siguiente la misma rutina, que sobrellevaban con el uso de drogas; los *puestos* o *tiraderos* locales, son tan cercanos

¹⁴² INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2000.

¹⁴³ Ocupación de terrenos no regularizados por el ayuntamiento que carecen de los principales servicios: agua, luz y drenaje.

(incluso en las colonias más favorecidas) como caminar hacia la esquina o andar dos o tres calles y la oferta es tanta que rara vez no se consigue lo que se desea.

Las mujeres que vivían en estos sectores, me contaban de los continuos asaltos a casas, referían el robo sistemático de autos y refrigeraciones ambientales, decían que los ladrones pillaban todo tipo de objetos como puertas, botes de basura, árboles o plantas y material de construcción. Decían que después del repunte del *crystal*, todo se había puesto peor porque: “*hasta de las cubetas viejas sacan dinero para un cincuentita¹⁴⁴ de crystal*”. Describían sus barrios como alejados y peligrosos, lugares en donde no se sentían seguras. Una de las mujeres entrevistadas describía este ambiente de violencia así:

“al principio me daba miedo quedarme sola en la casa. Una vez entraron a robar y estábamos yo y el niño solos. Yo estaba en el cuarto con la *refri* y de momento no escuché, hasta después que oí llorar al niño. Cuando salí ya no más vi como se estaba brincando la barda un chamaco. Cuando le grité, agarró el DVD y lo estrelló en la pared. En menos de lo que me imaginé ya se habían llevado la tele, el DVD, el micro y unos celulares. Una semana después nos robaron el carro. Mi esposo los conoce, ya sabe quiénes son, pero no se puede hacer nada. Antes no le pasó algo a mi hijo”.

Xaviera, usuaria de *crystal*, 22 años.

Durante las visitas a los hogares de algunas mujeres entrevistadas, pude observar de cerca uno de estos barrios. Las casas estaban a medio construir, eran en su mayoría obra negra y se amontonaban entre un lomerío, pues el barrio se ubicaba en un relieve sinuoso hacia el norte de la ciudad. Eran las doce del medio día y la gente estaba por fuera de sus casas, las mujeres a la puerta o en la tienda de abarrotes cargando a sus hijos y grupos de hombres jóvenes custodiaban cada esquina, a manera de pandillas. Un joven de la “bola” siguió el carro caminando lento, mientras nos daba una lista de precios, oferta y calidad del *crystal*.

La ubicación fronteriza del estado de Sonora coloca a Hermosillo como una ciudad de paso para la droga que tiene por destino los Estados Unidos, además la franja costera del Mar de Cortéz permite el tráfico marino y la composición montañosa hacia el sur sureste y norte noreste del estado que deviene de la vertiente exterior de la Sierra Madre Occidental, brinda a esta región un clima idóneo y un escondite natural para la siembra de marihuana.

Hasta hace algunos años las principales drogas que traficaban los grupos de poder tenían un origen vegetal, como la coca (*Erythroxylon coca*), la marihuana (*cannabis sativa* y *cannabis*

¹⁴⁴ Alude al precio de una dosis mínima de *crystal*, la que tiene un valor de \$50.00 pesos mexicanos.

indica) y la amapola (*papaver somniferum*). Pero en los últimos años hemos hecho frente y conocido de cerca las consecuencias de la producción y tráfico de drogas de laboratorio como el crystal, lo que implica algunas ventajas a ver:

- a) No hay necesidad de tierras de cultivo.
- b) Ahorro en costos de transporte a las ciudades o puntos de distribución.
- c) Los laboratorios clandestinos son ensamblables, pueden ubicarse en camionetas, cuartos de hotel o casas habitación, lo que les permite mayor movilidad.
- d) Su elaboración requiere de poca mano de obra, por ejemplo, no hay de por medio pagos a campesinos o vigías, se requiere de un equipo pequeño para su preparación y de instrucciones químicas no muy complejas, así como de ingredientes que pueden ser encontrados en la industria farmacéutica y el mercado común.

El crystal es más económico y el efecto eufórico más duradero, comparado con la cocaína que también es un estimulante. En la ciudad de Hermosillo una dosis de crystal conocida como “*globito*” o “*cincuentita*” puede ser adquirida por cincuenta pesos. Solo por comparar, podríamos mencionar que la cocaína es vendida por “*cienes*”¹⁴⁵ en dosis que no alcanzan siquiera el gramo. Suponiendo la administración de cocaína de un usuario experimental, este requería alrededor de un “cien” para un día de fiesta y los efectos desaparecerán una vez que esta termine. Con el crystal, por el contrario, los usuarios pueden permanecer despiertos hasta por 24 horas, empleando de una a dos dosis mínimas (*cincuentitas*), cuando aun no se ha creado tolerancia. Si son usuarios habituales pueden tener jornadas de una semana sin dormir del todo¹⁴⁶ y con apenas alimentos, manteniéndose de la ingesta de líquidos como: agua, suero, *coca-cola* o leche.

En menos de cinco años, la introducción del crystal en la ciudad de Hermosillo ha tenido consecuencias que no a lugar con otra droga. Desde el año 2002 los centros de tratamiento internan en su mayoría a pacientes que refieren como droga de impacto el crystal. Las notas

¹⁴⁵ Se llaman “*cienes*” porque la cantidad de la dosis equivale al valor de 100 pesos.

¹⁴⁶ Entre los consumidores de crystal, se reproduce el dato de que esta sustancia esta hecha con efedrina, utilizada en el ramo avícola para mantener a las gallinas despiertas y reproduciéndose. Siempre me ha asombrado la analogía que tiene con la realidad. La poesis del crystal esta dada por su capacidad para “*hacernos rendir más*” y “*volvernos*” competentes en una sociedad altamente demandante como la nuestra en donde se busca siempre ser más: productivos, rápidos, fuertes o delgados. Incluso sin necesidad de dormir o comer como la gallina perfecta.

del diario revelan también su protagonismo y no hay una mañana en que se omita una noticia, aun sea pequeña, en relación a los llamados *fokemones*. Existen cientos de referencias en la prensa sobre esta sustancia, en el buscador en línea de El Imparcial al acceder la palabra “*crystal*” se despliegan 100 notas (que es el límite de notas registradas) cuando para la “cocaína” la búsqueda remite a nueve reportajes.

Otro dato curioso es la cumbia llamada “*Fokemón*”, que sonó en la radio durante el año 2005, la melodía estaba dedicada a “todos los que les gusta prender focos con encendedores”, también decía: “*No le hagas al loco, no le hagas al foco*”,¹⁴⁷ esta canción ocasionaba ovaciones en los bailes populares entre aquellos que se adscribían como usuarios y usuarias de la metanfetamina.

Según datos del SISVEA Sonora 2004, la droga de mayor impacto que llevó a los consumidores a los centros de tratamiento registrados en la red SISVEA en el estado de Sonora, fue el *crystal* en un 27%, desplazando a otras sustancias como la cocaína y el alcohol que hasta hace cinco años ocupaban los primeros lugares. El *crystal* es seguido por la cocaína (19.1%) y ésta última por el alcohol (14.7%).¹⁴⁸

En la ciudad de Hermosillo el protagonismo del *crystal* es declarado, durante el año 2004, fue la droga de impacto entre los usuarios de servicios de salud registrados por el SISVEA en un 47%, rebasando por mucho al alcohol y la cocaína, que alcanzan un porcentaje de 17.6% y 15.6% respectivamente. No se cuenta con datos que distingan entre los géneros la droga que lleva a los usuarios a tratamiento, pero podríamos asegurar que el *crystal* también se está posicionando como una droga “preferida por las mujeres”, existen casos en donde ellas refieren que el *crystal* ha sido su primera droga de uso y también de impacto.

¹⁴⁷ Interpretada por el grupo musical *La Concentració*, originarios de Obregón, Sonora.

¹⁴⁸ SISVEA 2004 “**Informe de resultado 2004**” Gobierno del Estado de Sonora, Secretaría de Salud Pública, p. 8.

ES LA DROGA DE MAYOR CONSUMO EN LA CIUDAD

Pega a Hermosillo el uso del "crystal"



SALUD

La metanfetamina, además de los daños de intoxicación que causa al consumidor, está asociada a muchos hechos delictivos

Por Luz B. Arredondo
larredondo@elimparcial.com

El "crystal" como droga estimulante fue una de las sustancias que más ingresos a los centros de desintoxicación de Sonora provocó en el año 2004.

La metanfetamina, rápidamente popularizada en la entidad, es ya la droga de mayor impacto para la más grande zona urbana, Hermosillo, y se abre camino en otras áreas menos pobladas.

En los reportes de ingresos de personas adictas al Centro de Higiene Mental Carlos Nava de Hermosillo, el "crystal" es la droga más consumida, seguida de las bebidas alcohólicas y la cocaína.

Aunque la tendencia es que el uso del "crystal" se generalice en zonas urbanas y rurales ya que su producción es relativamente fácil con base en químicos de tipo industrial, en la entidad está más bien concentrado.

El "crystal" empezó a consumirse en Estados Unidos entre la juventud de la zona Suroeste por lo cual "emigró" hasta el Sur, a todo México.

Fernando Pérez Beltrán, director general de los Servicios de Salud Mental de Sonora, advirtió que en estos momentos el uso de la metanfetamina más común es principalmente en Hermosillo.

En el centro de desintoxicación de Agua Prieta, las intoxicaciones con "crack" y con alcohol son las que más ingresos provocan, mientras que en Nogales, la cocaína y el crack tienen un mayor impacto.

ADICIONES DE "MODA"

■ El alcohol y la marihuana siguen siendo las drogas más utilizadas en Sonora; sin embargo, la cocaína ya fue desplazada como sustancia de mayor impacto por las metanfetaminas, especialmente por el "crystal", según los reportes de ingreso a los centros oficiales de desintoxicación del Estado.

LUGAR	DROGAS DE MAYOR IMPACTO
▶ Hermosillo	"Crystal", alcohol y cocaína
▶ Agua Prieta	"Crack", alcohol
▶ Nogales	Heroína, cocaína y "crack"

■ **¿Qué son las metanfetaminas?**

▶ Son sustancias estimulantes sumamente adictivas, cuyo consumo ha alcanzado proporciones epidémicas en el mundo ya que son baratas y no requieren de mucha transportation debido a que pueden ser elaboradas con químicos de uso industrial o comercial.

■ **Sus efectos**

▶ Causan cambios prolongados en el cerebro que se han asociado con el deterioro de la memoria y la coordinación motriz, y otros efectos aunque la persona deja de consumirlas.

▶ Como impactan a las células cerebrales que producen dopamina, sustancia que genera la euforia de forma natural, las metanfetaminas provocan una reducción en su producción normal.

▶ También daña el sistema cardiovascular.

Reportajes: Luz B. Arredondo/EL IMPARCIAL

Impacta a la conducta
Pero intoxicaciones que terminan en un hospital no es el único daño que deja el consumo del "crystal" ya que desde hace un par de años, un importante número de hechos delictivos se relaciona con la droga.
Reportes policiales revelan que

las violaciones de tipo sexual que se están presentando de hombres, adultos y jóvenes, hacia mujeres o niños que no conocían antes de cometer el abuso, están relacionadas con el consumo de "crystal".
Se señala que el "crystal" tiene un efecto en la producción cerebral de la dopamina, sustancia que

genera la estimulación, por lo cual se relaciona con un incremento en la libido.
Pérez Beltrán advirtió que las metanfetaminas provocan conductas de impulsividad, agresividad, generar ideas de daño y perjuicio, hasta llegar a la sicosis o evasión de la realidad.

Los profesionales y directivos de la salud mental declaran continuamente la crisis en la que operan los centros de salud del gobierno y las irregularidades que tienen lugar en los anexos. Todos los grupos, civiles y gubernamentales coinciden en que el "problema de la

droga” puede ser paliado a través de acciones y mensajes que niega la convivencia con estas sustancias. Los programas preventivos se reducen a folletería, publicación de libros y charlas, con mensajes dirigidos principalmente a no consumidores, a padres de familia y a estudiantes. En estos documentos ninguna persona “adicta” puede ayudarse a identificar terapéuticas para su problema y elaborar una decisión para recuperarse.

Por otro lado, la información médica esta mediada por la vigilancia y el castigo. Las estrategias preventivas o informativas no “bajan” a los espacios frecuentados por los protagonistas de las adicciones, porque ellos no son parte de la sociedad “prevenible”.

La estrategia política que han decidido emplear nuestros gobernantes y directivos de salud en el campo de las drogodependencias para “resolver” o “controlar” el problema del tráfico y consumo de drogas, esta orientada a incidir en la familia y la educación, en un contexto social en donde la familia como institución y el sistema educativo están en crisis. He aquí un ejemplo significativo de lo que declarara un funcionario de salud al respecto:

“Desgraciadamente nuestros programas no están llegando a las familias por lo que necesitamos de la participación de los maestros y de la propia Secretaría de Educación”.¹⁴⁹

Finalmente podemos distinguir en el ámbito hermosillense dos discursos:

- a) Una política “bélica y prohibicionista” contra el narcotráfico y el uso de drogas, que destina acciones a manera de simulacro, pretendiendo que se están tomando medidas reales contra esta problemática y
- b) la estigmatización y el castigo de los usuarios de drogas.

El discurso antidrogas ha erigido a la familia como eje preventivo para hacer frente a las “consecuencias funestas” del tráfico y consumo de enervantes. De este modo la responsabilidad social de la lucha contra el “*narco*” y las drogodependencias recae en la familia como dispositivo de control epidemiológico de las mismas.

He aquí algunos ejemplos significativos retomados de la prensa local:

Cuadro 6. La familia como eje preventivo de la política local antidrogas.
--

“...los padres deben contar con una mayor comunicación con los jóvenes y así inculcarles valores que los protejan (...) La educación que se da en el hogar es mucho más valiosa para que los jóvenes no caigan en las adicciones”. ¹⁵⁰

¹⁴⁹ Tiznado, Claudio y Denisse López. (2002) “Acechan drogas a los estudiantes”. Hermosillo, El Imparcial, Noroeste, 11 Febrero.

“Pero es un problema (las adicciones) que debe combatirse en la familia”. ¹⁵¹
“Descuido de los progenitores conduce a jóvenes a las adicciones. Recomiendan fortalecer relaciones padre se hijos”. ¹⁵²
“..donde verdaderamente está la llave para evitar que las drogas sigan tomando como presa a los menores de edad es en la familia”. ¹⁵³
“¿Cuántos de ustedes fuman, emborrachan y están lidiando con otras adicciones? ¿Son ustedes buenos ejemplos para sus hijos?” ¹⁵⁴

Pero ¿quién compone a la familia? ¿Cómo afecta esto a la mujer? La familia como etiología del problema de las drogodependencias es una representación sostenida por la sociedad, masificada por la opinión pública y rectificada por los profesionales en el campo, dicha idea delega la responsabilidad de un problema de salud pública a la mujer, pues es ella quién asume la responsabilidad de crianza y de la transmisión de los “valores” que serán las herramientas preventivas para los miembros de esta sociedad. De este modo, en la práctica, es la mujer en particular y no la familia en general la biela de las campañas preventivas. En la ciudad de Hermosillo existen otras representaciones asociadas a las mujeres con problemas de drogodependencia que es preciso reconstruir a través de un análisis de la prensa local y de los *decires* y *sentires* de las mujeres entrevistadas.

¹⁵⁰ Lara, Sarahí. (2005) “Es obligatorio prevenir el uso de los enervantes”. Hermosillo, El imparcial, 7 de noviembre.

¹⁵¹ Arredondo, Luz B. (2005) “Es familia clave en prevención”. Hermosillo, El Imparcial, 11 de noviembre.

¹⁵² Rosagel, Shaila. (2005) Encabezado, Hermosillo, El Imparcial, 8 de noviembre.

¹⁵³ Arredondo, Luz B. (2005) “Bajan” drogas a primaria”. Hermosillo, El Imparcial, 25 de mayo.

¹⁵⁴ Bússani, Ignacio. (2005) “Antidoping: Un atentado a los jóvenes”. Hermosillo, El Imparcial, 11 de junio.

Las adictas: representaciones sociales de las mujeres con problemas de drogodependencia en Hermosillo, Sonora

ESTÁ ACUSADA TAMBIÉN DE MALTRATO DE MENORES

Detienen a madre drogadicta

Por Jesús Cázares
jcázares@elimpacial.com

Fue detenida por elementos de seguridad pública municipal una mujer que deambulaba bajo el influjo de alguna droga y que fuera acusada de presunto maltrato de menores.

María del Socorro M., de 25 años de edad, fue detenida sobre las calles de Bolson de Mapimi y Concordia de la misma colonia después de que reportaran a una mujer deambulando por las calles.

Después de que la mujer fue alcanzada y sometida por los guardias del orden, una vecina se acercó al lugar para denunciar verbalmente a los oficiales que la detenida maltrataba a sus hijos cuando se encontraba bajo los influjos de las drogas.

Momentos más tarde, los agentes municipales se encontraron con el esposo de la presunta golpeadora en compañía de una de los menores quien les informó que desde hacía tres semanas que el salía a trabajar y que al regresar a su casa la encontraba drogada.

La menor, una de tres hermanos de 13, 7 y 4 años de edad, relató a los oficiales que estando en su casa, ella y el menor de cuatro años, su mama comenzó a “oler” unos “trapos” que desprendían un olor muy fuerte y desagradable.

María del Socorro M. fue puesta a disposición del Ministerio Público especializado en delitos sexuales y violencia intrafamiliar para que defina su situación legal.

Al momento de que se le iban a practicar exámenes toxicológicos, la detenida se puso agresiva con los encargados de los reconocimientos por lo que fueron suspendidos.

Claudia Indira Contreras Córdova, titular de la agencia especializada, indicó que insistirán en que se practiquen varios tipos de exámenes ya que existe la posibilidad de que la detenida presente trastornos emocionales o en sus facultades mentales.



Crispín Bailesteros

María del Socorro M. fue detenida por provocar maltratos a sus hijos y por estar bajo los efectos de una droga psicotrópica.

La careta que puede remplazar el rostro desdibujado de esta mujer es una etiqueta que se ha construido mediante representaciones sociales, ella es ahora una mala madre, delincuente, loca, puta o callejera. Ha dejado de ser una simple mujer para convertirse en una mujer liminal, en cierto sentido en una “no mujer” que ha traicionado su “naturaleza femenina”. La cara borrada significa su nulidad pero también su polisemia: podemos etiquetarla de todas las maneras que reproduce la cultura.

La prensa local en Hermosillo es sin duda un medio que señala, denuncia, persigue, investiga y castiga a las mujeres por sus desacatos. Las páginas del diario son escenarios de batallas donde tienen lugar resistencias, denuncias y persecuciones, en ellas el dominio público se ejerce a través de la reproducción de significados. Es por ello que en este trabajo la prensa significa, ante todo, un medio de producción y transmisión de las formas simbólicas.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Thompson, John B. 1998. Los media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación. Paidós: Barcelona. p. 34.

Ya sea como “*madres adictas*”, “*mujeres recuperadas*” o “*tiradoras*”, las mujeres señaladas en la prensa local tienen comúnmente entre 20 y 30 años de edad. Fueron numerosos los casos de menores de edad entre 13 y 16 años que son representadas como mujeres “*drogadas*” y “*abusadas por los hombres*”, pero también sobresalían sus casos en notas referentes al suicidio, donde las jóvenes preferían quitarse la vida o atentar contra ésta ingiriendo pastillas que están disponibles en todos los botiquines domésticos: paracetamol, pseudoefedrina, naproxeno, aspirinas, etc.

Los casos nos remitían a las ciudades de Hermosillo, Nogales, Guaymas, San Luis Río Colorado y Agua Prieta. Aunque otras localidades rurales como Empalme y el poblado Miguel Alemán también estaban presentes. La mayor parte de las noticias recabadas aparecieron publicadas en la sección Policiaca. En su mayoría se trataba de madres, amas de casa y estudiantes; son solteras, casadas o mujeres solas. Aquellas sin ocupación aparente revelaban su participación activa en el narcomenudeo.

Cuando las páginas del diario no presentan a un personaje trasgresor femenino específico, como podría ser una “*tiradora*”, una “*mujer drogada*” o una “*prostituta que logro salir de las garras del vicio*” y hablan de las mujeres en general, es evidente el sentido alarmante que se imprime en el lenguaje y la forma de publicar los datos, valiéndose de información estadística para legitimizar la emergencia y hacer un “*llamado a las autoridades*”. En una nota se leía:

“... preocupa la alta incidencia de mujeres con problemas de drogadicción, porque existe una de ellas por cada cuatro hombres adictos en la ciudad”.¹⁵⁶

Estas notas anuncian la urgencia de vigilar y controlar a las mujeres antes de que sea demasiado tarde. Las explicaciones de las drogodependencias entre mujeres son también emblemáticas en este sentido, llaman a la necesidad de “poner atención” no a los problemas que tienen las mujeres con las drogas, sino al “problema de las mujeres adictas”. Una directora del CIJ de San Luis Potosí, explicaba de esta forma el repunte del consumo de sustancias entre mujeres:

“...un factor importante que contribuye a ello, son los nuevos estereotipos de vida y las famosas promociones que se hacen en los negocios para las mujeres como “*barras libres*”, “*no cover*” y “*dos por uno*”.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Valle, Francisco A. (2005) “Preocupa alta incidencia de mujeres con problemas de drogadicción. Repuntan adictas” Hermosillo, Metro, El Imparcial, 26 de junio.

Según las representaciones sociales, el incremento de mujeres que utilizan sustancias es un efecto de la mercadotecnia, de la “*modernidad*” y de los cambios producto de la “*liberación femenina*”. Esta interpretación sobre las causas del repunte del consumo de sustancias entre mujeres fue recurrente. Al menos dos de los profesionales entrevistados opinaban de manera semejante:

“Con eso de la liberación femenina, la mujer esta copiando todo lo malo del hombre”

Profesional en adicciones

“Ahora el mercado lanza productos especiales para ellas, todas esas bebidas rosadas y perfumadas pueden adquirirse en cualquier lado (...) están incitando a las mujeres al consumo y al mismo tiempo manejan el mensaje de que: *no hay problema si tomas una piña colada o dos, o un tequilita con soda como antes te tomabas un refresco*. En mucho el mercado ha influido en ese repunte”.

Profesional en adicciones

¹⁵⁷ San Luis Potosí, San Luis Potosí (NXT) (2005) “Aumenta consumo de alcohol y drogas en mujeres”. Hermosillo, Nacional, El Imparcial, 16 de mayo.



Esta fotografía publicada en El Imparcial el 23 de enero del 2005, es sugerente. En ella se ve a dos sensuales y jóvenes mujeres salir de un expendio. Las mujeres se ven alegres y coquetas, llama la atención que son ellas mismas quienes cargan la hielera que deparan para una noche de fiesta. El rostro del hombre, asoma al fondo, vigilante, se ve sorprendido ante tal osadía. Se torna evidente la preocupación por el atrevimiento de las mujeres, que ahora *salen a los expendios* y también *compran su droga*. Se enuncia una cierta inquietud ante el aumento de “cerveceras” y con ello la labor de redoblar la vigilancia y control de las mismas.

La sanción y el rechazo amenazan a las mujeres con problemas de drogodependencia, las exponen socialmente al descrédito o a la denuncia, durante sus experiencias de abuso son etiquetadas como: adictas, criminales, locas, prostitutas y malasmadres.

Las criminales

Curiosamente y aunque la prensa se dedique a ventilar los casos de mujeres involucradas en actividades asociadas a la producción, comercio y consumo de sustancias, en la idea general ellas no juegan un papel activo en el “mundo de la droga”.

Por ejemplo, la descripción más recurrente que se asocia a un narcotraficante fue la siguiente: un hombre norteño que ostenta un manojito de pesadas cadenas de oro, viste las prendas de un vaquero en la ciudad: sombrero, hebilla, cinto *pitiado* y botas. Maneja una *Ford Lobo* del año que aun no entra; lleva vidrios polarizados y sus teléfonos no dejan de sonar. Se hace acompañar por una o varias mujeres jóvenes y guapas.

El sonorenses sabe que el narcotráfico es exuberancia, los *narcocorridos* también cantan al poder del tráfico. De las cadenas de oro cuelgan, como nuevos emblemas de fe: una cuerno de chivo, un perico o una hoja de marihuana. Pero la realidad del comerciante local de drogas, los llamados “*tiradores*” o “*tiradoras*”, también conocidos como narcomenudistas es otra muy diferente.

Observando la condición socioeconómica de quienes se dedican al comercio local de drogas, uno puede darse cuenta que no son miembros de un club privado. Y que sus ganancias no son tan redituables como se refiere en el imaginario social. Viven en casas pequeñas con sus hijos y parejas o comparten casas amplias con familias extensas. Generalmente las zonas de puesto o tiraderos, se localizan en barrios populares, en colonias que no cuentan con todos los servicios, en cañadas, donde no llega fácilmente la policía.

El *narcomenudeo* es un vocablo nuevo que recientemente forma parte del argot que emplea la política federal contra el tráfico y las adicciones en nuestro *narcopaís*. Podríamos definirlo como una actividad que tiene lugar en el ámbito doméstico. Gran parte del corte y preparación de las dosis para la venta se llevan a cabo en casas particulares. Las mujeres pesan, cortan las bolsitas, los globos, el papel aluminio donde se envolverán las dosis. También esconden la droga cuando van a entregarla a domicilio al lado de sus parejas. Administran el dinero, las ganancias y llevan a cabo otras actividades del hogar.¹⁵⁸

La participación de la mujer en el narcomenudeo es activa y definitoria de la seguridad y administración del negocio. Una mujer siempre es un comodín en el narcomenudeo porque

¹⁵⁸ Al tiempo que hacía esta investigación participé como facilitadora del *Taller ABCdicciones para mujeres* que diseñe y trabajé con un grupo de chicas en el Cereso femenino no. 2 de Hermosillo, donde las mujeres que estaban ahí consignadas por *Delitos contra la salud* destacaban su participación como “cocineras” en el proceso químico de preparación del crystal. Entre risas, me decían: “¡Es que somos muy buenas para la cocina!”.

se dice que ella: “*calma bronca*”, “*no da tanta placa*” y “*nunca fían*”. Ahí, en esos espacios que solo se conocen cuando una persona “conecta”¹⁵⁹ están las mujeres atendiendo el negocio familiar.

Aunque el trabajo de las mujeres en el narcotráfico no es reconocido, su participación sí se visualiza en las notas de prensa, pero no de la misma manera que se presentan los casos de varones. Ellas aparecen no solo como criminales, sino como mujeres transgresoras, doblemente estigmatizadas por su condición femenina: no se trata de simples criminales, sino de mujeres criminales, que trastocan el orden familiar:

“Hacían de la venta de droga un negocio familiar en la zona rural de Guaymas y fueron detenidos por los elementos de la Agencia Federal de Investigación (AFI). Guadalupe Martínez Pérez fue detenida junto a su hijos Benito Valdéz Martínez (...) al parecer por cometer delitos contra la salud”.¹⁶⁰

Las mujeres son parte de ese orden no público y dado que el narcomenudeo tiene lugar en lo privado, ellas están bastante relacionadas con estas actividades. Las detenciones de mujeres por tráfico se presentan más sistemáticamente en la prensa y son muy numerosas.¹⁶¹ Ya fuera por tráfico o posesión, las aprensiones de mujeres vinculadas con droga, no son tratadas como casos de salud, sino penales, su actividad en el contexto de consumo tampoco es visibilizada; por ejemplo, la mayoría de las notas registradas en esta tesis aparecieron publicadas en la sección policíaca; en la prensa local se publican al menos dos o tres notas a la semana de mujeres vinculadas con el “*mundo de la droga*”.

En las redadas policíacas, generalmente las mujeres se encuentran solas, en pareja o en compañía de otros hombres.¹⁶² Cuando la detención se hace en pareja, la mujer en todos los casos se encontraba en posesión de la sustancia.

¹⁵⁹ En el argot local, referente a *comprar drogas*.

¹⁶⁰ Márquez, Manuel. (2005) “Atrapan a “tiradores” de droga”. Hermosillo, El Imparcial, 23 de julio.

¹⁶¹ En la prisión conocí personalmente a muchas de las mujeres acusadas por Delitos contra la Salud que fueron señaladas también por la prensa. Todas guardaban el recorte del diario donde figuraban como “narcomenudistas” o “tiradoras” (comerciantes de drogas al menudeo en el argot local).

¹⁶² Excepcionalmente solo en tres casos figuraban parejas de mujeres; en uno de ellos si se detallaba que la relación era de madre e hija.

ATRAPAN A VARIOS INVOLUCRADOS



Los detenidos en el cateo realizado en la colonia Libertad quedaron a disposición del agente del Ministerio Público Federal.

Detiene la PGR a una “tiradora”

Aseguran droga en el operativo realizado en un domicilio ubicado en la colonia Libertad, donde presuntamente se vendía droga

Por Manuel Angulo
manu@elcomparcial.com

Agentes de la Procuraduría General de la República arrestaron a once personas en un cateo realizado a una vivienda ubicada en calle Mazatán entre bulevar Solidaridad y Cedros de la colonia Libertad.

Basada en la orden de cateo 70/2004, expedida por el Juez Décimo de Distrito en la ciudad de Hermosillo, los agentes federales aseguraron varias cantidades de droga.

Azucena Rochín, coordinadora de Comunicación Social de

la dependencia, informó que en el operativo se decomisaron 11 gramos 800 miligramos de marihuana, un gramo de “crystal”, 200 miligramos de cocaína y 100 miligramos de metanfetamina.

El cateo se derivó de la detención de Ricardo Flores Luna, Luis Alejandro Madrid López y José Fontes Martínez, a quienes se les aseguraron seis gramos 100 miligramos de marihuana y 80 miligramos de “crystal”.

Señalan a vendedora
Los sujetos dijeron que las porciones de droga se la había vendido una mujer apodada como “La Mamys”, cuyo domicilio es el de la colonia Libertad.

En la vivienda se arrestó a Antonia Medina Molina, alias “La Mamys”, José Heriberto Tabanico Villa, Daniel Gómez Lara y Juan Francisco Peña.

También a Benito Carranza Bustamante, Julio César Meza Acuña, Francisco Javier Tabanico Villa y Raúl Rodolfo Rivera Reyes.

Las personas y la droga se pusieron a disposición del Ministerio Público Federal para integrar la averiguación previa correspondiente.

Las “tiradoras” reciben nombres que resaltan su identidad femenina como: “la narcoabuelita”, “la Mamys”, “la Doña” y “La Señora”.

De este modo toda mujer “adicta” es también una “criminal”, tanto para la elaboración popular como para el derecho penal. En nuestro país, el consumo de sustancias por sí mismo no es tipificado como un delito, pero el comercio y la posesión sí,¹⁶³ y rara vez una persona que consume sustancias puede abstenerse de incurrir en la compra de drogas ilegales.

¹⁶³ Art. 194 fracción I. Código Penal Federal, México.

Además de la criminalidad, existen al menos tres etiquetas también recurrentes para referirse a las mujeres con problemas de drogodependencia, según las representaciones sociales en Hermosillo: locas, putas y malas madres.

QUEDAN A DISPOSICIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL

Traían porciones de “crystal”



Sorprenden policías a dos mujeres en actitud sospechosa y al revisarlas les hallaron droga

Por Omán A. Nevárez
onevarez@elimparcial.com

Un par de mujeres fueron arrestadas ayer por elementos de Seguridad Pública Municipal que las sorprendieron con dos porciones de marihuana y tres envoltorios con “crystal”.

Alma Leticia Franco Pasos, de 34 años, y Mayra Alejandra López Saldamando, de 18, quedaron a disposición del Ministerio Público Federal para deslindar responsabilidades.

La detención del par de mu-

jeres ocurrió a las 8:20 horas cuando el oficial segundo, Carlos López Páez, y el agente, Jorge Alberto Lizárraga Ochoa, circulaban por el cruce de las calles San Javier y Águilas.

Bajaban del cerro

En ese lugar vieron a las féminas que bajaban del cerro y se comportaban de forma sospechosa, por lo que se acercaron a ellas.

Fue entonces que se percataron que ambas se pasaban un portacredenciales, donde se descubrió que ocultaban las cinco porciones de droga.

Alma Leticia y Mayra Alejandra fueron trasladadas a la Comandancia Centro para quedar a disposición de las autoridades federales.

Alma Leticia Franco Pasos y Mayra Alejandra López Saldamando fueron sorprendidas con tres porciones de “crystal” y dos envoltorios con marihuana.

Omán A. Nevárez

Las locas¹⁶⁴

“¡No estoy loca, no estoy loca, solo estoy: desesperada, Dr. Psiquiatra!”.

Gloria Trevi

En el contexto local cuando las mujeres no asumen las obligaciones atribuidas a su rol de género, cuando trasgreden el papel de mujer para los otros, sin encarnar a la mujer-madre incondicional que imagina la cultura, se dice que traicionan su “naturaleza” que siempre es social. Cuando una mujer abandona, golpea o sobrelleva por medio del uso de drogas una realidad con la cuál no está de acuerdo y que además le causa ansiedad y dolor, esta mujer puede ser fácilmente etiquetada como “*loca*”.

Según refiere Ussher en su estudio sobre los modelos explicativos de las “*patologías femeninas*”, las categorías diagnósticas han sido una herramienta de control social de las mujeres, que requieren como un primer paso, crear y reproducir la etiqueta de enfermas.¹⁶⁵

Las mujeres con problemas de drogodependencia también son *locas*. En el argot local, la “loquera” es la droga y los usuarios se identifican a si mismos como “locos” y “locas”. Si se escucha la expresión “esa morra es loca”, debemos entender que “esa mujer consume drogas”.

Las mujeres entrevistadas también se referían a si mismas como locas. Era un término que conocían desde niñas. A muchas les gusta, lo asocian con la rebeldía y también con pasajes divertidos que han tenido lugar a lo largo de sus experiencias de uso y abuso de sustancias. La locura tomaba este cáliz, porque para ellas “ser loca” también significa ser alegre:

“Yo siempre he sido así, alegre, muy loquita, de pronto me ves aventándome un pasito de *break dance* o cagada de la risa, yo siempre fui bien loca. Me la he pasado muy bien”.

Greta, poliusuaria (heroína) 25 años.

¹⁶⁴ En las sociedades patriarcales- la rebeldía, inconformidad y desasosiego de las mujeres es patologizada. En la actualidad la diagnosis psiquiátrica o psicológica es una forma de explicar y resolver los “males” de las mujeres, invisibilizando la condición social de la mujer al *despolitizar sus comportamientos y sus experiencias*. Ussher, Jane, Op. cit. Madrid, 1991, p. 178.

La locura es percibida como algo implícito de la condición femenina a causa del determinismo biológico y sin embargo “la depresión en las mujeres está en gran medida originada en la construcción social de la psique femenina y en la necesidad de vivir con las contradicciones y expectativas de ser una mujer en nuestra sociedad”. *Ibíd.*, p.179

¹⁶⁵ Ussher desarrolla una amplia disertación sobre la psiquiatrización de las mujeres en relación al Síndrome Pre Menstrual, la Depresión Pos Natal y el Síndrome de Deficiencia Menopáusica. *Ibíd.*, p. 182.

Para otras mujeres se trataba más bien de un estigma con el que habían crecido. Veamos algunos ejemplos rescatados de las entrevistas:

Fuente	Cuadro 7. Las mujeres con problemas de drogodependencias como “locas”.
Alicia (32 años, crystal)	“Mi hermano dice: tu estás loca, ya no tienes remedio Alicia, ya no te vas a curar, tu estás loca, ya te quedaste arriba, y en lugar de apoyarme y decir, no, si tiene salvación, dice: <i>yo no quiero saber nada de la Alicia, dice con mi ama, ya me tiene hartado, no quiere agarrar la onda, ¡está loca!, ¡ya se quedó loca!</i> y me baja toda mi autoestima ¿cómo? No estoy loca, ¿por qué? Nunca he correteado aviones, ni me he ido a pie a Kino, esos son cosas que hacen los locos, yo no me considero loca. Inclusive todavía me quedan dos neuronas ahí que tengo que hacerlas funcionar ¿tu crees que este loca?”
Susi Jó (25 años, crystal)	“Yo siempre he sido la loca de la casa”.
Lucita (41 años, heroína)	“Yo estoy enferma, los adictos tenemos una enfermedad, pero de todas formas yo creo que fui loca de nacimiento y luego con tanto cotorreo me quede arriba”.

En general fueron significativos y son muy comunes las notas que referían casos de mujeres jóvenes que abandonan o matan a sus hijos en diversas circunstancias y que son sujetas de diagnosis psiquiátrica. Los seguimientos de estas historias convertidas en noticia por la prensa fueron sistemáticos, estuvieran o no vinculados con mujeres con problemas de drogodependencia. Aquí un ejemplo al que se le dio continuidad por semanas:

“...la mamá de “Andrea”, será sometida a un examen psicológico para evaluar su estado mental (...) La mujer fue presentada ante el Ministerio Público por elementos de la Policía Judicial del Estado a una semana de haber abandonado a su hija en una casa de la citada colonia (...) *Se sigue con la investigación, la mujer va a ser sometida a un examen psicológico para ver su estado mental.* La mamá, quien tiene 18 años y es estudiante de preparatoria en Hermosillo, permanece arraigada en su casa”.¹⁶⁶

Pero, ¿Cuándo las mujeres no están “bien”? En la elaboración popular, las mujeres que transgreden su rol de género están “*malas de sus facultades mentales*” o “*desequilibradas*”. Las causas del abandono y del maltrato se determinan por la *psicologización* de las experiencias de las mujeres y nunca por su vínculo con la cultura.

¹⁶⁶ Larrínaga, José. (2002) “Someten a examen a mamá de “Andrea”. *La analizarán psicológicamente para ver si está bien*”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 28 de diciembre.

Las mujeres que abandonan, maltratan o matan a sus hijos en diversas circunstancias, son representadas en la prensa local como mujeres “*enloquecidas*” y particularmente, cuando las mujeres con problemas de drogodependencia incurren en estas prácticas, la explicación se centra en la “droga” como detonante de su desequilibrio emocional y mental.

Por las consecuencias físicas y sociales del abuso de sustancias, las mujeres con problemas de drogodependencia, suelen contravenir su participación en la organización social de la asistencia, y esa trasgresión es explicada no como un evento socio cultural, sino del individuo, a un nivel psicológico, pero también físico, a través de un diagnóstico psiquiátrico. Las dos explicaciones nos conducen a ellas como sujetos desequilibrados en su psique y en su cuerpo. La prensa recoge numerosos casos, que nunca aislados, reproducen la representación de las mujeres con problemas de drogodependencia como “*locas*”. Una mujer fue detenida por consumo de drogas, atendiendo a una denuncia de maltrato, a través del ojo público:

El encabezado: “Detienen a madre drogadicta...”

“...una vecina se acercó al lugar para denunciar verbalmente a los oficiales que la detenida maltrataba a sus hijos cuando se encontraba bajo los influjos de la drogas. Momentos más tarde, los agentes municipales se encontraron con el esposo de la presunta golpeadora en compañía de una de los menores quien les informó que desde hacía tres semanas que el salía a trabajar y que al regresar a su casa la encontraba drogada.

La menor, una de tres hermanos de 13, 7 y 4 años de edad, relató a los oficiales que estando en su casa, ella y el menor de cuatro años, su mama comenzó a “oler” unos “trapos” que desprendían un olor muy fuerte y desagradable.(...) la titular de la agencia especializada, indicó que insistirán en que se practiquen varios tipos de exámenes ya que *existe la posibilidad de que la detenida presente trastornos emocionales o en sus facultades mentales*”.¹⁶⁷

Las putas

Según las representaciones sociales, todas las mujeres con problemas de drogodependencias son también “prostitutas”. Este es un significado que comúnmente la prensa reproduce. Ciertamente, algunas mujeres tuvieron ocasionales encuentros sexuales

¹⁶⁷ Cázares, Jesús. (2003) “Detienen a madre drogadicta. Está acusada también de maltrato a menores”. Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 29 de octubre.

con comerciantes locales de drogas o con otros hombres durante sus experiencias de abuso. Otras si ejercen el trabajo sexual, obteniendo de él su principal fuente de ingresos. En esta nota el trabajo sexual y el consumo de drogas entre mujeres son parte de una misma discusión:

“Vender sus cuerpos para muchas mujeres es una forma fácil de conseguir dinero para mantener su adicción a las drogas (...) La presidenta de La Posada del Buen Samaritano indicó que en la entidad la prostitución y las drogas son temas íntimamente ligados (...) En los casos atendidos en la Institución de Asistencia Privada se detectó que por lo menos un 80% de las mujeres que se dedican a la prostitución son adictas a un tipo de drogas.

Además, la gran mayoría de las 270 mujeres que han atendido en los tres años de operación de la Posada eran prostitutas antes de llegar al lugar a pedir apoyo para cambiar de estilo de vida”.¹⁶⁸

Sin duda el estigma de la llamada “prostitución” que para muchas mujeres es rito de paso en sus experiencias de abuso de sustancias, es una etiqueta más para la mujer con problemas de drogodependencia:

“Por una dosis de “cristal”, me vendí con personas que para muchos pudieran resultar indeseables”.¹⁶⁹

Para las mujeres entrevistadas el recuerdo de sus aventuras sexuales durante sus experiencias de abuso de drogas, eran vergonzosos. Ellas referían que los intercambios sexuales en este contexto las habían hecho “llegar a lo más bajo que una mujer puede hacerlo”.

Una profesional en adicciones revelaba que las mujeres que llegaban al Albergue Femenil presentaban: “hiperactividad sexual”, aludiendo a la juventud y frecuencia con la que las mujeres atendidas tienen sus encuentros sexuales. El término “hiperactividad sexual”, patologiza la sexualidad de las mujeres con problemas de drogodependencias, las convierte nuevamente en sujetos incontrolables.

Madres adictas: la persecución institucionalizada del Estado.

En las representaciones sociales de Hermosillo, cuando las mujeres con problemas de drogodependencia abandonan, se abandonan también a ellas mismas. Pero el primer

¹⁶⁸ Arredondo, Luz B. (2004) “Revelan que al menos un 80% de las meretrices padece alguna adicción. Ligan a las drogas con la prostitución”. Hermosillo, El Imparcial, 20 de julio.

¹⁶⁹ Rivera, Celeste. (2004) “Internan a adicta”. Hermosillo, El Imparcial, 11 de octubre.

abandono no es tolerado por la cultura, no se permite que una mujer decida *no ser* para los demás. En el imaginario social, las mujeres abandonan a sus hijos por sus problemas con las drogas. En términos simbólicos, se atribuye a la “droga” el pretexto ideal para deslindarse de sus responsabilidades de crianza, como consecuencia de un desequilibrio bioquímico que ha trastocado su “naturaleza materna”:

“El 99% de los casos de niños abandonados y maltratados físicamente son hijos de madres adictas a las drogas (...) En la mayoría de los casos, las madres dejan a sus hijos abandonados por problemas de drogadicción (...) las causas no es ni por necesidad o porque van a trabajar”.¹⁷⁰

Según las representaciones sociales el abandono ocurre por la droga, la mujer desprecia a sus hijos porque se ha convertido en “adicta”. Una mujer “*deja solos*” a sus hijos por la necesidad de ser también proveedora. La sociedad respeta y admira a la mujer estoica que es “madre y padre” a la vez, esto es, que participa de la crianza pero que también es la proveedora del hogar. Estas mujeres aun incurran en el abandono, son sinónimo de fortaleza, pero aquellas que no han logrado desempeñar su papel como cuidadoras y/o proveedoras, incurren en el abandono por “drogadictas”, “borrachas” o “enfermas”.

El consumo de sustancias entre las mujeres con problemas de drogodependencias en Hermosillo suele acompañar los procesos de crianza de sus hijos. Las mujeres-madres entrevistadas referían vivir este pasaje como una crisis emocional y económica. Alicia mencionaba al respecto:

“Pendeja de mí, mi peor error fue llenarme de hijos, ese fue mi error, llenarme de hijos. Yo no sabía ni bañar un niño. Yo pensaba: cuando cumpla 18 años me voy a subir a la antena y como vivo en el Mariachi, allá donde pitan las 8, me voy a subir a la antena y voy a decir, ¡soy libre! Pero nada a mis 18 años y ahí estaba con un niño”.

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

El caso de Carmen también es emblemático, ella mantuvo su alcoholismo “activo”¹⁷¹ durante los años de crianza de sus hijos, un momento que describía como de crisis y tensión:

“Tuve a mis cinco hijos por cesárea. Mi esposo me decía que no servía para nada, que ni siquiera había podido tener hijos. Me decía que no servía para nada, y yo dije: ya

¹⁷⁰ De Viana, Virginia. (2002) “Abandonan madres a sus hijos”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 31 de julio.

¹⁷¹ Los Alcohólicos Anónimos y los Narcóticos Anónimos se perciben a si mismos como *alcohólicos* y *adictos* no activos. Aunque tienen la enfermedad, se mantienen sobrios.

terminé mi tarea, yo me voy a dedicar a tomar, ya tuve a los hijos, ya no voy a tener más y sentí una tristeza muy grande, porque con un problema tan grande como el que yo tenía (alcoholismo) y una vida ingobernable, se me hizo muy pesado a mi el matrimonio, porque estaba muy chica cuando me casé. Yo era de las personas hipersensibles, a mi me dolía mucho todo eso y él no sabía el daño que hacía, pero en fin. Ya todo eso ha pasado, a mi manera de ver, las cosas han cambiado, a mi manera de ver por supuesto, porque no es como lo sigan haciendo ellos sino como yo vea las cosas hoy”.

Carmen, usuaria de alcohol, 68 años

Las mujeres-madres entrevistadas habían sido madres a partir de los 16 años. Referían que sus experiencias de embarazo y posteriormente de crianza habían sido muy difíciles y que nunca se han sentido preparadas para asumir ese papel. Otras me compartieron sus experiencias de abortos clandestinos o los intentos de aborto al golpear sus vientres, provocarse accidentes o tomar ciertos riesgos durante el embarazo:

“me fui y me inyecté con una doctora para abortarlo y me cobraban mucho para meterme una sonda, para sondearme y me dio miedo, hice muchas cosas para abortarlo y después me arrepentí y le prometí mi niño a Dios, o sea, que lo salvara porque ya había hecho muchas cosas, imagínate: me inyecté, tomé muchos tés, pastillas, me dejaba caer de los carros así...¿te imaginas? la loca estampada, de repente *pum* se tiró de un carro. Después tuve mucho miedo cuando iba a nacer el niño, tenía mucho miedo de que saliera mal y gracias a dios salió bien, es becado el niño, tiene beca y es muy inteligente”.

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

Contrario a lo que dice la ideología sobre el “instinto maternal”, no todas las mujeres están dispuestas o son capaces para asumir la maternidad.

Pero la crianza es un evento exclusivo de las mujeres, institucionalizado. Ni los hombres ni la sociedad participan de sus cuidados. En la práctica, el hombre no figura como parte de la estructura familiar, el no es señalado como responsable del abandono. La siguiente nota ilustra claramente como la organización social, esta ya estructurada (institucionalmente) para que el cuidado y crianza siempre sean propinados por la madre:

“Cuando un varón va a prisión, la responsabilidad de los hijos es asumida por la madre, pero cuando es al revés los menores son repartidos a familiares o a instituciones”.¹⁷²

Para la noticia siguiente que lleva por encabezado “*Abandonan niños*”, es ilustrativo hacerse la pregunta al tiempo que se lee la nota ¿quién abandona?

“Estos 19 son niños expositados, abandonados por su madre, hay gente que si trae a los niños directamente, los traen los abuelos o padres casi siempre, pues la madre o es drogadicta o prostituta”.¹⁷³

Vemos como ejemplos las siguientes notas, sobre dos casos similares, en los cuales la mujer es señalada por abandono o problemas de drogodependencia, mientras que el padre, también implicado en el acto de abandono, no recibe ni la señalización, ni el castigo semejante al de la madre-responsable:

“*No soporto a mi esposo*”, fue la excusa que dio Érica del Carmen Pineda Silva para abandonar a sus dos hijas (...) La mujer de 22 años, fue agredida verbalmente por su esposo Octavio Flores Reyes por abandonar a sus hijas (...) de dos años y medio, y de mes y medio de edad, respectivamente (...) El hombre de 30 años dijo que la había maltratado porque la mujer se fue a una cantina a ingerir bebidas alcohólicas mientras su hija más pequeña se encontraba en el hospital (...) la mujer aceptó haber abandonado a las pequeñas, haberse ido del albergue porque no soportaba a su esposo y además dijo le cedía los derechos de las menores a su cónyuge”.¹⁷⁴

¹⁷² Fimbres, Sergio. (2005) “Viven niños tras las rejas”. Hermosillo, General, El Imparcial, 1 de mayo.

¹⁷³ Meza, Azucena. (2001) “Abandonan niños”. Hermosillo, Policía, El Imparcial, 21 de julio.

¹⁷⁴ Gallegos, Zorayda. (2005) “Justifica mujer abandono de hijos”. Hermosillo, Policía, El Imparcial, 8 de junio.

Co-editora gráfica: Claudia Saucedo EL IMPARCIAL
 Sábado 12 de noviembre del 2005

PRESENTA DENUNCIA SU ESPOSO

Amamanta bebé y consume droga

Por Cutlissac, Quintero C. y Liz B. Arredondo

La mujer fue detenida y llevada a la Comandancia Centro

Una mujer de 30 años fue denunciada por su propio esposo, luego de que la encontraron amamantando a su hija de 1 año mientras se drogaba.

Según el parte policíaco, el marido de 47 años y su esposa estaban discutiendo cuando llegó la unidad 156 de la Policía Preventiva Municipal.

Los agentes Jesús Hugo Yáñez y Manuel de Jesús Zamarrón vieron discutir a la pareja por fuera de su casa en la colonia Café Combate.

A las 21:25 horas del viernes el marido señaló que al llegar de su trabajo encontró a su mujer iniciando una sustancia amarilla, mientras le daba pecho a su pequeña hija.

Después de reclamarle por el hecho, señaló a los policías que tenía muy descuidadas a los menores y que todos los días hacía lo mismo.

Incluso llevó a los agentes al interior de la vivienda y observaron que se estaba drogando con la niña en brazos, mientras otro menor de 2 años dormía en un cuarto.

El esposo expresó que no les daba de comer por llevarla bajo los efectos de la droga y que además no los atendía a pesar de estar enfermos.

La mujer fue detenida y llevada a la Comandancia Centro, donde el médico legista le diagnosticó intoxicación neurotóxica, por lo que fue necesario llamar a la Línea Protege para que se hiciera cargo de los menores.

Ya en la comandancia, también se realizó al marido y mamá en estado de embriaguez, pero quedó libre al denunciar la actitud de la esposa, quien sí quedó detenida para ser investigada por corrupción de menores.

Quedan en Unacari

Las niñas, de 1 y 2 años, quedaron internadas en la Casa Hogar Unacari, ya que se confirmó que sus padres no podían cuidarlas como se debe.

En la primera revisión que el personal de la casa hogar de DIF Sonora hizo, las niñas estaban muy sucias y era evidente que eran descuidadas por sus progenitores, pero se les encontró en buen estado de salud.

Mientras el agente del Ministerio Público determina qué hacer con los padres, ambos enfermos de adicción, las niñas se quedarán en la casa ho-

gar y en un futuro se les buscará una red de soporte familiar.

Si los padres se rehabilitan, lograrán tener un modo honesto de vivir y resultan calificadas por expertos de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia para atender a las niñas, podrán recuperarlas en un futuro.

Pero si los padres no mejoran su situación, las pequeñas podrían quedar bajo los cuidados de algún familiar o en un caso extremo el DIF solicitaría la pérdida de la patria potestad y luego proponerlas en adopción para parejas que puedan brindarles el amor que necesitan esas niñas.



La joven mujer que fue denunciada por su esposo cuando la descubrió drogándose al momento que amamantaba a su pequeña hija de un año.

En la ciudad de Hermosillo las noticias sobre abandono de niños (as) son tan comunes que muchas veces esto es parte de los chismes y *diretes* que se pueden intercambiar sobre una vecina o conocida. En las conversaciones cotidianas que sostenía con otras mujeres mientras hacía la investigación ellas señalaban que esas madres que abandonaban eran *“peor que los animales, porque hasta los animalitos cuidan a sus críos”*. En otra ocasión, un grupo de mujeres expusieron el caso de una chica que se fue de casa dejando a su hijo con una *“conocida del barrio”* yo les pregunte por el padre y ellas respondieron: *“el pobre hombre es tan bueno que ni vela tiene en el entierro. Ella siempre fue mala, por eso el se canso y se fue”*.

En términos teóricos e institucionales, la ley persigue y responsabiliza tanto a hombres como a mujeres, pero dentro del marco simbólico y en la práctica, esto no opera de la misma forma, es la madre a quien se señala, a quien se persigue, se investiga, se procesa y vigila, también a quien se *“recupera de las adicciones”*, es la mujer la *“culpable”* del abandono, pues solo sobre ella cae la encomienda de la crianza. Esta nota es peculiar en este sentido:

“Al sufrir el abandono de su madre, una pequeña de un año y cuatro meses de edad ingresó a la Casa Hogar Unacari, después de que el amante de su progenitora la dejó con unos familiares, quienes a su vez la entregaron a la Policía Municipal. El tío de la menor, la puso a disposición de los agentes argumentando que no podía cuidarla y que momentos antes una mujer que aparentemente es pareja de su pariente, la había llevado porque tampoco podía hacerse cargo de ella. La mujer le dijo que la mamá de la menor tenía dos días sin aparecer por el domicilio que comparten en la colonia Los Olivos. Indicó además que ésta consume drogas de todos tipos a diario y que tiene otros tres hijos que no están con ella”.¹⁷⁵

En la nota anterior, como “no hay madre”, es el Estado quién asume la responsabilidad que esta reniega. La prensa reproduce los juicios, da a conocer los castigos y evidencia la persecución -a modo ejemplar, para aquellas mujeres que trasgreden.¹⁷⁶

Para Lagarde, toda mujer que abandona es una mujer abandonada, una madre sola,¹⁷⁷ pero el abandono de ellas en la cultura no es materia punible. Las mujeres entrevistadas aun teniendo una pareja, referían sentirse abandonadas, solas, despreciadas, no queridas. Otras que han sobrellevado solas la crianza de los hijos, hablaban de las dificultades para asumir tal responsabilidad por ellas mismas:

“yo estoy separada desde hace mucho tiempo y yo vivo sola con mis niños, cercas de mis papás, dependo mucho de ellos para sobrevivir, a veces no tengo trabajo, es muy difícil”.

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

“Yo ya me quedé sola, ¿quién crees que va a querer embroncarse con una morra como yo? Con tantos problemas... yo pude tener una familia, haz de cuenta que yo la tuve, pero no más Dios sabe porqué fueron así las cosas”.

Lucita, usuaria de heroína, 41 años

¹⁷⁵ Arredondo, Luz B. (2000) “La trasladan a Unacari. Abandona madre a su hija”. Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 11 Marzo.

¹⁷⁶ La prensa juega un papel fundamental en el seguimiento jurídico que se le da a los casos que son tratados por los periodistas. Aunque son comunes las notas sobre asesinatos de mujeres en Sonora estas no tienen tanto seguimiento legal. Por el contrario, los casos de mujeres que matan, son llevados hasta las últimas consecuencias como ocurrió en el verano del 2005 cuando una mujer de 24 años mato y abandono a su hija recién nacida en una bolsa de basura. La policía desarrollo una investigación sorprendente, muy parecida a los casos que presenta la televisión y diez días mas tarde la madre ya había sido capturada. La prensa acompaño la historia desde el encuentro del cadáver por un grupo de pepenadores, hasta obtener entre lágrimas y sollozos la declaración de aquella mujer.

¹⁷⁷ Lagarde, Marcela, Op cit. México, 1993, p. 739.

“Si no me ayudaran mi papás no se que haría, eso es lo peor de todo, que siento que les debo mucho, pero aunque ellos me ayuden con el niño y lo demás, yo también tengo derecho de vivir mi vida, el pedo es que creen que como pagan lo del niño ya les pertenezco (...) aunque estoy con ellos me siento muy sola, es que para ellos el niño es lo único que importa”.

Susi J6, usuaria de crystal, 25 años

El *modelo recuperador* que permea el contexto asistencial para las mujeres, tiene como misi6n transmitir los valores correctos para que “aprendan a ser madres”. Es por ello que las limitantes en los servicios de desintoxicaci6n para ellas no son vistas como una emergencia a resolver. La urgencia del *modelo recuperador* se concentra en *recuperar a las cuidadoras* y no en recuperar la salud de las mujeres. En la prensa el abandono de las mujeres se sugiere como un evento anecd6tico:

El encabezado: “En el abandono, encuentran a dos ni6as de 2 y 3 a6os. La madre acepta que es alcoh6lica y que no trabaja”, la nota agregaba:

“Un par de ni6as de 3 y 2 a6os fueron encontradas embarradas de excremento y v6mito de su madre , quien se encontraba dormida ebria en el interior de un pick up, afuera de una gasolinera (...) Las ni6as estaban llorando y estaban muy sucias, mientras que la pareja se qued6 “botada”, entonces llamamos al DIF y se llev6 a las ni6as, se6alaron los agentes (...) las ni6as permanecen en Casa Unacari y su madre, quien acept6 problemas de alcoholismo, estar6 bajo tratamiento m6dico y terapias. ***Ella explico que no tiene pareja y que no trabaja***”.¹⁷⁸

En t6rminos de representaciones las mujeres con problemas de drogodependencia en Hermosillo, no son solo mujeres “adictas” que abandonan, sino mujeres que maltratan. El maltrato infantil por madres con problemas de drogodependencia no es “un raro caso de violencia intrafamiliar” como se publicara en el diario local, sino una situaci6n que se presenta com6nmente entre ellas y sus hijos –aunque no en todos los casos. Pero en el imaginario social, todas la mujeres con problemas de drogodependencia ejercen la violencia contra sus hijos, lo que las posicionan en una peligrosidad mayor que la del hombre, pues son ellas quienes est6n al “cuidado” en “un contacto estrecho”, “cercano” con ellos:

“...un menor de cuatro meses fue golpeado por su madre e internado en el Hospital Infantil de esta ciudad porque su estado de salud es delicado

¹⁷⁸ Leyva, Lizbet. (2005) “En el abandono, encuentran a dos ni6as de 2 y 3 a6os. La madre acepta que es alcoh6lica y que no trabaja” Hermosillo, La I, 29 de septiembre.

El agente del Ministerio Público (MP), Fernando Limones Castañeda, informó que según las investigaciones, se comprobó que la madre del infante, Alma Delia Pesina Cárdenas, había ingerido bebidas embriagantes y cocaína con unos amigos, y fue quien agredió al infante Kevin Jairo porque lloraba”.¹⁷⁹

“Un caso raro de violencia intrafamiliar fue registrado (...) Se trata de una mujer de 24 años, quien fue denunciada por su madre después que la hoy detenida agredió a su hija de cuatro años y amenazó con matarla. Al ser certificada resultó con intoxicación por cannabinoides sicotrópicos”.¹⁸⁰

¿Realmente las mujeres maltratan y abandonan a sus hijos a causa de las drogas? En el imaginario social, la naturaleza de la mujer-madre, se ve afectada o distorsionada, por efecto de la droga, como un desencadenamiento bioquímico que las separa de su rol. En esta última nota, resalto el sentido que se tribuye a la “intoxicación” como causalidad de la violencia hacia los hijos, sin reconocer el contexto social en el que se lleva a cabo la crianza.

La mujer con problemas de drogodependencia en el contexto de una crisis de crianza es juzgada no solo como peligrosa, mala, desequilibrada o enferma sino como delincuente, por una trasgresión de orden jurídico. Institucionalmente en la ciudad de Hermosillo la disidencia de las mujeres con problemas de drogodependencia -pero en general de las mujeres que abandonan, es perseguida por el Estado a través de la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia. Esta instancia recibe denuncias anónimas sobre las que se procede una vez investigadas. Los casos en la prensa sobre mujeres denunciadas por abandono son recurrentes, he aquí un ejemplo:

“Tres menores de edad abandonados en la colonia López Portillo fueron puestos a disposición de la Procuraduría del Menor y la Familia , después de que pidieran ayuda a la Policía Municipal (...) responsabilizaron a sus madres entre ellas a María Luz Corrales Arellano de embriagarse, maltratarlos y abandonarlos. Los vecinos del domicilio de los infantes, señalaron que los menores sufren de abandono , violación, maltrato, drogadicción y que pasan días enteros sin alimento.”¹⁸¹

¹⁷⁹ Torreón Coahuila (NTX). (2004) “Otro caso. Ebria y drogada golpea a su bebe”. Hermosillo, El Imparcial, 12 de julio.

¹⁸⁰ Redacción PH. (2005) “Acusan a mujer de golpear a hija”. Hermosillo, El Imparcial, 22 de mayo.

¹⁸¹ Rosagel, Shaila y Jesús Cázares. (2004) “Rescatan a tres infantes que sufren de malos tratos”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 17 enero.

Existen casos en los cuales las mujeres encuentran su oportunidad para “desahogar” el peso de la crianza en las instituciones:

“El procurador informó que la madre no ha manifestado interés por cambiar su estilo de vida, ya que es adicta al “crystal” y aunque se le ha ofrecido la oportunidad, no acude a los tratamientos para rehabilitarse”.¹⁸²

El problema mas grave derivado de este juego de significados es que detrás de todas estas historias de abandono de los hijos por sus madres, la historia de ellas como sujetos con problemas de drogodependencia se invisibiliza. Las noticias se centran en el abandono de los “otros” y nunca en los problemas de ellas:

“Los niños fueron ya valorados por parte de los peritos en Sicolología, igual médicamente, porque llegaron los tres niños muy desatendidos, muy desaliñados”. Contreras Córdova señaló que no se acreditó el síndrome de maltrato infantil, pero el descuido en el que viven es muy evidente, pues además su madre se declaró adicta al “crystal”.¹⁸³

Las mujeres con problemas de drogodependencia en Hermosillo pueden ser procesadas por abandono y perder la custodia de sus hijos, pueden también ser “obligadas” a recibir un tratamiento que no piden ni comprenden, pero sobre todo son señaladas, aun sin ser descubiertas, a través de estas representaciones sociales en la prensa, sembrando el temor a causa de las conocidas consecuencias que devienen de ser una mujer-madre que consume drogas. Cuando La Wera pidió su alta voluntaria en el hospital después de pasar unas horas “internada”, ambas bajamos acompañadas de una enfermera, ya en el dintel de la puerta que conduce a la salida esta sentenció: “¿Ya sabes que te pueden quitar a tu hijo?... Siempre vuelven, vas a tener que volver para que no te lo quiten”.

Para estas mujeres asumir sus problemas con las drogas y decidirse a pedir ayuda, puede ser una decisión difícil si consideramos el contexto que acabamos de describir, pues antes de pensar en sus problemas de salud, las mujeres deben enfrentar sus problemas judiciales, por haber incurrido en el abandono, por ser en definitiva una mala madre.

En un contexto de juicio y señalización, resulta difícil reconocer que la crianza, vivida como crisis por las mujeres, puede resignificarse si cambian sus condiciones de vida y no solamente sus hábitos de abuso de drogas. Todos estos datos, son argumentos para asegurar

¹⁸² Arredondo, Luz B. (2005) “A casi una semana de que está su hija en Unacari. Rechaza madre a bebé”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 12 de febrero.

¹⁸³ Nevárez, Omán A. (2004) “Los cuida su tía”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 7 de octubre.

que los procesos de crianza vividos como crisis por las mujeres, son el espejo de una crisis más amplia de una cultura donde no funcionan alternativas positivas y compartidas para la crianza.

La retórica del rechazo en Hermosillo: “mujeres que no”.

El uso de etiquetas estigmatizantes para excluir a ciertas personas de la corriente principal de la sociedad fue definida por Szasz como la “retórica del rechazo”.¹⁸⁴ La pesquisa me llevó al encuentro de datos que no había contemplado analizar, noticias que presentaban casos de mujeres que habían sido etiquetadas como “adictas” y discriminadas en consecuencia. Elegí dos ejemplos significativos. Uno es el caso de una mujer que laboraba en un jardín de niños y que se había visto involucrada en la movilización de sus compañeros contra la confederación de trabajadores que los amparaba. La mujer fue despedida bajo estos argumentos:

“Me llamaron dos horas antes de terminar mi turno... y me dijeron que me despedían porque andaba en estado inconveniente, borracha pues, lo cual es una gran mentira”.¹⁸⁵

También se publicó el polémico caso de una mujer que mató a sus hijos para “*protegerlos del demonio*” y después intentó degollarse; cuando ella fue trasladada a un hospital psiquiátrico, su esposo declaraba a la prensa su enojo e inconformidad:

“Aclaró que se han dicho muchas mentiras como que consumía drogas, lo cuál negó categóricamente”.¹⁸⁶

El juicio de esta mujer se hizo público a través del diario, se comentaban los hechos, todos vertían sus opiniones, sus juicios o las condenas que impondrían. Dos años después, todavía algunas de las mujeres entrevistadas recordaban el suceso y también vertieron sus observaciones. En este juicio, se acusó a la mujer de asesinato, locura y maldad, pero también se dijo que era “*adicta*”. Más tarde corroboraron que solo estaba “mal de sus facultades mentales”.

La etiqueta de “*adicta*”, no afecta solo a las mujeres que tienen problemas de drogodependencias, puede ser también una herramienta para el descrédito o estigmatización pública de cualquier mujer. He aquí el caso de otra mujer señalada como “*adicta*”:

¹⁸⁴Citado en: Ussher, Jane, Op. cit. Madrid, 1991, p. 179.

¹⁸⁵ Fimbres, Sergio. (2005) “Afectan a empleada de guardería”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 16 de febrero.

¹⁸⁶ Moreno Sebastián y Omán Nevárez. (2003) “Dios puede explicar”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 6 de octubre.

“La afectada (...) mencionó que desde que le dieron a la niña se ha dedicado a cuidarla, hasta que por parte del DIF se la quitaron acusándola de alcohólica y drogadicta (...) Indicó que les va a comprobar que no es ninguna adicta, por lo que ya cuenta con exámenes antidoping para dejar en claro de que todo lo inventaron para quitarle a su hija. Dijo que en la Procuraduría de la Defensa del Menor le arrebataron prácticamente a su hija, por medio de amenazas”.¹⁸⁷

Para las mujeres-madres con problemas de drogodependencia, estén al tanto de la crianza de los hijos o no, la pérdida de la custodia es muy significativa, y representa la “gran perdida” producto de sus experiencia de abuso de sustancias.

“Con satisfacción tras superar su pasado de adicciones, “Alicia”, retomó de nuevo sus ilusiones a sus 50 años y dedica su vida a servir a los demás ayudando a otras mujeres que como ella, decidieron buscar una opción distinta (...) Actualmente “Alicia” recuperó a sus hijos y persigue metas, se dedica a trabajar con otras mujeres en procesos de recuperación y busca prepararse más para ayudar mejor”.¹⁸⁸

Los testimonios publicados son las voces de mujeres “recuperadas”, de las *otras*; sobre las “adictas” la sociedad se reserva el acceso al discurso.

Finalmente, una nota más capturó mi atención. Una vez que me había encontrado con otras de su tipo, supe que este ejemplar daba también cuenta de la discriminación de los usuarios de drogas en los distintos contextos asistenciales, por ejemplo, salas de emergencias de los principales hospitales de la ciudad y del Estado. He aquí un caso de discriminación y negligencia médica de una mujer que fue diagnosticada como “borracha y drogada”:

“Mientras los médicos aseguraron que Manuela Ramírez Márquez estaba “borracha y drogada”, la realidad era que había sido atropellada y se debatía entre la vida y la muerte (...) “El médico del hospital me dijo: La encontraron borracha e intoxicada; yo le dije que si qué quería decir eso y me contestó que Manuela había consumido cocaína”.

A nosotros se nos hacía imposible, pero en el Ministerio Público está el papel donde decían que mi hermana había consumido droga y alcohol”, añadió, “pero también hay pruebas que eso es una mentira”. Mi hermana se quejaba mucho del dolor de cabeza y vomitaba; llegamos al IMSS y ahí también nos aseguraron que venía borracha y

¹⁸⁷ Valle, Francisco A. (2005) “Tenía su custodia desde hace tres años. Denuncia despojo de niña adoptada” Hermosillo, Metro, El Imparcial, 18 de agosto.

¹⁸⁸ Rosagel, Shaila. (2004) “Supera mujer dicciones y prostitución. Descubre ayuda después de llegar al límite”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 23 de julio.

drogada”, externo, “ella no olía a alcohol sino a sangre”. (...) “En una ocasión, Manuela se desmayó en el baño del Seguro y cuando el esposo le pidió ayuda al médico, éste le dijo que ahí la dejara en el suelo porque anda bien jarra”, enfatizó indignada”.¹⁸⁹

Horas más tarde la mujer murió a causa de un derrame cerebral, consecuencia de un atropellamiento.

¹⁸⁹ De Viana, Virginia. (2002) “Exigen justicia para mujer”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 17 enero.

4. ¿Qué opciones de tratamiento tienen las mujeres con problemas de drogodependencia en Hermosillo, Sonora?

Antecedentes

En los últimos años se ha hablado de un repunte en el consumo de drogas entre mujeres, según la Encuesta Nacional de Adicciones en diferentes períodos, la relación de consumo entre hombres y mujeres en el país se presentó de este modo:

1993: 13 hombres por cada mujer

1998: 8 hombres por cada mujer

2002: 4 hombres por cada mujer.¹⁹⁰

En la región norte de México el consumo de drogas en general y particularmente entre mujeres alcanza el índice más alto comparativamente con el centro y el sur. En la zona norte el 2.73 % de la población femenina ha usado drogas alguna vez y el rango de edad se concentra en mujeres de 18 a 34 años.¹⁹¹

Según el informe 2004 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en Sonora, el cuál reporta datos sobre internamientos en centros de tratamiento para drogodependencias, se presume que el 14.4% de los pacientes que acudieron demandando los servicios a estas unidades eran mujeres y un 85.6% hombres.¹⁹² En el hospital los egresos por género se han modificado significativamente:

2003	8.1% del total de ingresos por año
2004	9.4% del total de ingresos
2005	8.1% del total de ingresos al mes de mayo

Elaboración propia.

¹⁹⁰ Alpízar Ramírez, Graciela (et. al) 2004 “Mujer y drogas”. Centro de Integración Juvenil, SEDESOL Baja California Sur.

¹⁹¹ ENA, 2002, Tabaco, alcohol y otras drogas. **Resumen Ejecutivo.** SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI. p.20.

¹⁹² Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones. “SISVEA. Informe de resultados 2004”. Gobierno del Estado de Sonora. Secretaría de Salud Pública, p. 5.

Solo en dos años el número de mujeres que demandaron servicios en el hospital durante el 2003 se alcanzó en el primer semestre del 2005,¹⁹³ este repunte significativo esta asociado a la masificación del consumo de *crystal* en la ciudad de Hermosillo, pero también a que la metanfetamina tiene gran aceptación entre las mujeres.¹⁹⁴

Con el fin de ordenar la oferta de servicios para el tratamiento de las drogodependencias en la ciudad de Hermosillo, podemos comenzar por agrupar las opciones existentes en dos grandes modelos de atención:

- a) Modelo médico hegemónico (desintoxicador)
- b) Modelo Recuperador

Podríamos decir que el *modelo médico hegemónico* (MMH) esta avocado a tratar con el cuerpo y a resanar la estabilidad biológica de sus funciones. Su empleo principal esta en razón de una recuperación física. Aunque en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz (HHMCNM) también se llevan a cabo sesiones psicoterapéuticas, la atención y el tratamiento están orientados a estabilizar las funciones regulares del organismo y principalmente a desintoxicarlo.

En la ciudad de Hermosillo no existen formas alternativas de desintoxicación sin fármacos.¹⁹⁵ El *modelo médico hegemónico* es el único proveedor de servicios de desintoxicación y lo hace a través del HHMCNM. En el hospital el proceso de desintoxicación consiste en el seguimiento de un protocolo médico farmacológico que busca estabilizar las funciones neuroquímicas del cerebro y acallar en caso necesario los síntomas del síndrome de abstinencia, también se administran sueros y vitamínicos y se regularizan los períodos de sueño.¹⁹⁶

El *modelo recuperador*, por el contrario, no atiende por si mismo la dimensión física de la recuperación, se avoca al tratamiento del individuo como un ser psicológico y espiritual. El *modelo recuperador* oferta una variedad mayor de centros de tratamiento, pero al mismo tiempo más limitada, pues ninguna de sus variantes cuenta con servicios de

¹⁹³ Todos los centros referidos en este trabajo, reportaron el *crystal* como droga de impacto durante el 2004 y hasta el primer semestre del 2005, la incidencia de usuarios de *crystal* repunto después de 2002.

¹⁹⁴ Las usuarias de *crystal* manifestaron algunos motivos que las hacían preferir el *crystal* sobre otras drogas: la metanfetamina les permitió bajar de peso, ser más eficientes y rendir más.

¹⁹⁵ En el Centro de Integración Juvenil durante el año 2005 se trabajó con un grupo piloto de pacientes tratados con acupuntura, pero este programa no se ofreció a la población abierta.

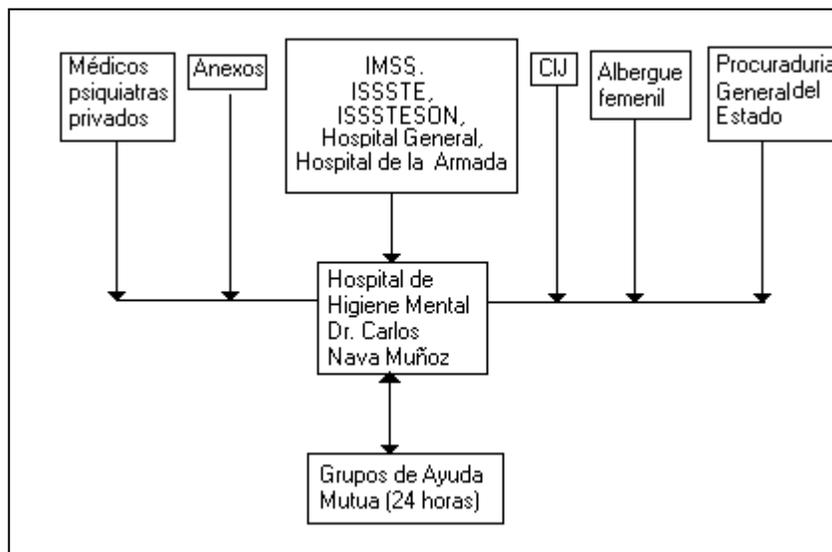
¹⁹⁶ El proceso de desintoxicación en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz puede prolongarse hasta por dos semanas, más adelante explicaremos como se da este proceso.

desintoxicación propios, ya sean médicos o alternativos. Las opciones del modelo recuperador son numerosas en la ciudad y pueden agruparse de la siguiente manera:

- a) Grupos de ayuda mutua y
- b) Comunidades terapéuticas (entre ellas los anexos)

Las opciones que tiene una mujer en el contexto local son aparentemente las mismas que para un hombre exceptuando al Albergue femenino *La Posada del Buen Samaritano*. La existencia de este albergue hace *parecer* a las mujeres privilegiadas, sin embargo el acceso de las mujeres a un servicio de desintoxicación puede aclarar la manera en que el sistema de atención y tratamiento piensan el problema de las drogodependencias entre mujeres.

Gráfico 2. Canalizaciones para desintoxicación.



Elaboración propia.

La desintoxicación en Hermosillo, solo puede ser posible a través del hospital, ningún otro centro cuenta con la autorización de la Secretaría de Salud ni con la capacidad humana y material para llevar a cabo este proceso.

Según los itinerarios terapéuticos revisados y la opinión de los profesionales, las mujeres suelen llegar a desintoxicación y/o recuperación en fases de intoxicación o supresión aguda. Es por ello que las mujeres requieren -en primera instancia- de un proceso de desintoxicación.

Las mujeres llegan a los centros terapéuticos *enloquecidas* o en crisis. Esto tiene motivos tan diversos como: síndromes agudos de supresión o intoxicación, temor a ser descubiertas,

miedo a perder la custodia de sus hijos o las redes que cuidan a sus hijos mientras ellas trabajan o consumen, falta de tiempo “libre” para llevar a cabo un internamiento a causa del trabajo, los estudios o las labores domésticas y de crianza.

Por su parte el Albergue femenino no lleva a cabo protocolos médicos, en todo caso da seguimiento a los protocolos con los cuales las mujeres salen del hospital. En teoría, en caso de que las mujeres requieran de un escenario médico organizado, el Albergue femenino puede canalizar a sus pacientes al hospital. Sin embargo, el hospital solo dispone de seis camas para la atención de las mujeres y estos espacios se agotan, generalmente en los períodos vacacionales, cuando las mujeres y hombres aprovechan los días de asueto para ingresar a internamiento.

Si consideramos que la mayoría de las mujeres requieren de un proceso de desintoxicación, debido a que comúnmente llegan al tratamiento con un grado alto de supresión o intoxicación, sabremos que sus opciones están limitadas a seis espacios en el hospital. Podríamos afirmar que sus procesos de desintoxicación y recuperación son dolorosos, debido a que los síntomas de supresión no son atendidos. Pues generalmente “no se consideran necesarios”. Esto ocurre, porque los servicios de atención y tratamiento para las mujeres están basados en un *modelo recuperador*.

Bajo el *modelo recuperador* se ofertan las siguientes opciones terapéuticas, además de los GAM's para una mujer en la ciudad de Hermosillo:¹⁹⁷

Cuadro 9. Opciones de tratamiento desde el modelo recuperador			
Comunidades terapéuticas			GAM's
Modelo religioso / psicológico	/	Albergue Femenil Posada del Buen Samaritano (1 unidad)	Grupos Alcohólicos Anónimos (66 grupos)
Modelo disciplinario / punitivo	/	Centro Ccreda (2 unidades)	Grupos Narcóticos Anónimos (sin dato)
	/	Centro Amaar (2 unidades)	
	/	Centro CIDA (2 unidades)	

Hemos de distinguir entre los grupos de ayuda mutua y las comunidades terapéuticas. Estas últimas cuentan con el servicio de internamiento, lo que no sucede formalmente con los

¹⁹⁷ Para el censo de los anexos en la ciudad de Hermosillo se consultó: Centro de Integración Juvenil, A.C. 2002 *El consumo de drogas en el municipio de Hermosillo. Informe de investigación*. CD ROM y la base de datos de la Oficina Central De A.A., en Hermosillo. Para los GAM's se consultó a la Oficina Central de A.A. en Hermosillo.

GAM's, aunque en algunos grupos existen “*anexados*”¹⁹⁸ que son asistidos de manera informal. Los GAM's son centros de 24 horas donde se llevan a cabo reuniones de compartimiento a la manera tradicional de A.A. Estos grupos están avocados a la recuperación y sostenimiento de sus miembros. Por el contrario, las comunidades terapéuticas cuentan con espacios destinados al reposo y estancia de internos e internas. Podríamos decir que en la ciudad de Hermosillo existen al menos cuatro categorías en donde es posible agrupar las opciones que una mujer tiene para tratar sus problemas de drogodependencias.

Cuadro 10. Opciones de tratamiento para mujeres en Hermosillo

Categoría	Ofertas	Tipo de servicio	Observaciones
Medicina Profesional	-Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz	-Desintoxicación -Psicoterapia	-El Hospital es la única posibilidad para acceder a un proceso de desintoxicación a través de un protocolo médico en la ciudad.
	-Médicos psiquiatras privados -Centro de Integración Juvenil	-Protocolos médicos -Psicoterapia	-Los servicios médicos ofrecidos por CIJ son insuficientes para síndromes de abstinencia agudos.
Comunidad terapéutica: Modelo religioso / psicológico	-Albergue femenino Posada del Buen Samaritano	-Recuperación	-Trabajan coordinadamente con el HHMCNM, para brindar servicios de desintoxicación. No cuentan con protocolos médicos o alternativos propios. Cuentan con médicos de planta e instalaciones adecuadas
Comunidad terapéutica: Modelo disciplinario / punitivo	-Anexos Crreda (2 unidades) Amaar (2 unidades) C.I.D.A. (2 unidades)	-Recuperación	-No cuentan con instalaciones adecuadas ni con médico de planta.
Grupos de Ayuda	-Grupos de	-Recuperación y	-Esta modalidad atraviesa

¹⁹⁸ Un recuperador lego, refería que el origen de los “Anexos” había tenido lugar en los primeros grupos de Alcohólicos Anónimos. Me explicaba que dichos grupos se vieron en la necesidad de atender a los nuevos miembros que se presentaban en la agrupación y que requerían de algo más que la ayuda tradicional a la manera de A.A. Entonces se les albergaba en la casa del grupo y se le prodigaban cuidados muy básicos como proveerle de líquidos, sueros y alimentos. A estas personas se les llamó “anexados” porque descansaban en cuartos contiguos a los salones donde sesionaba el grupo.

Mutua	Alcohólicos Anónimos -Grupos de Narcóticos Anónimos	sostenimiento	transversalmente todas las opciones de tratamiento pues el programa de los 12 pasos de Alcohólico Anónimos es retomado por todas las opciones de tratamiento en Hermosillo
Servicios psicológicos	-Centro de Integración Juvenil -Psicólogos privados	-Preventivo y tratamiento psicológico de apoyo	-Apoyo psicológico y servicios médicos básicos, insuficientes para síndromes de abstinencia agudos.

Elaboración propia.

Hemos distinguido en la categoría de “comunidad terapéutica” dos tipos de comunidad:

- a) Religiosa / psicológica
- b) Disciplinaria / punitiva

La comunidad terapéutica del tipo *religiosa / psicológica*, corresponde con la metodología empleada en el Albergue femenino *La Posada del Buen Samaritano*, donde siguen el Modelo Minnesota.¹⁹⁹ Los contenidos bíblicos y abiertamente católicos, coexisten con dinámicas psicoterapéuticas diversas como las provenientes de la tradición conductual y la logoterapia.

Los *anexos* pertenecen al tipo *disciplinario / punitivo*. No siguen una metodología de tratamiento específica, sus formas terapéuticas están vinculadas al castigo como correctivo y al dolor como motor del cambio interno, necesario para transitar a la recuperación. Los *anexos* tienen recursos humanos y materiales limitados contrario a la comunidad terapéutica *religiosa / psicológica*.

Los servicios psicológicos en general son ofertados por psicólogos privados pero también por el Centro de Integración Juvenil, un organismo civil que recibe subsidios del gobierno federal desde sus inicios en la década de los setenta. Ellos también tienen evaluaciones médicas y pueden prescribir ciertos medicamentos, pero esta cobertura es insuficiente para paliar un síndrome de abstinencia agudo o en su caso sobrellevar un tratamiento ambulatorio exitoso.

¹⁹⁹ Se trata de uno de los primeros modelos para el tratamiento de las drogodependencias, surgido en la primera mitad del siglo XX de la experiencia de Alcohólicos Anónimos en Estados Unidos.

No existe información organizada sobre las diversas ofertas terapéuticas. Ningún organismo avocado a la atención, prevención y tratamiento de las drogodependencias informa de manera directa y sintética sobre las opciones a donde una mujer u hombre pueden acudir. La página en red del *Consejo Estatal contra las Adicciones* solo menciona las opciones ofertadas por el Estado, es decir las tres Unidades de desintoxicación ubicados en Sonora: Hermosillo, Nogales y Agua Prieta.

En caso de que una mujer recurra al directorio (edición 2004) podría encontrar estas opciones de tratamiento:

Cuadro 11. Opciones de tratamiento que aparecen en el directorio telefónico local.

Institución	Programa	Tipo de servicio	Costo	Clasificación donde se publicó	Localización	Observaciones
Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz	Desintoxicación	Público	ACCESIBLE Por medio de seguridad social y exámenes socioeconómicos (costos entre cero y 580 pesos)	Hospitales, Sanatorios y Clínicas	Hermosillo, Son.	Aparece como Hospital psiquiátrico en ves de Centro de Higiene Mental o Atención y Tratamiento para Adicciones
Alcohólicos Anónimos	Recuperación y sostenimiento	Público	SIN COSTO	Emergencias	Hermosillo, Son.	
Centro de Integración Juvenil	Protocolos médicos y psicoterapia de acompañamiento	Público	ACCESIBLE	Emergencias	Hermosillo, Son.	
Edén Santuario Naturista Pacífico	Desintoxicación y recuperación	Privado	MUY ALTO	Adicciones-Tratamiento de	Culiacán, Sin.	100% natural, En la Playa, da dirección de página web
Centro de tratamiento para Alcoholismo y Adicciones	Desintoxicación y recuperación	Privado	MUY ALTO	Adicciones-Tratamiento de	Guadalajara, Jal.	Da dirección de página web
Monte Fénix	Desintoxicación y recuperación	Privado	MUY ALTO	Alcoholismo-Tratamiento de	México, D.F.	Da dirección de página web

Hacienda del Lago	Desintoxicación y recuperación	Privado	MUY ALTO	Alcoholismo-Tratamiento de	Ajjic, Jal.	Da dirección de página web
Fundación B.A.C.C. Exclusivo mujeres	Desintoxicación y recuperación	Privado	MUY ALTO	Alcoholismo-Tratamiento de	Guadalajara, Jal.	Exclusivo Mujeres Da dirección de página web No tiene teléfono 800 para mujeres, solo para el servicio exclusivo a hombres
CAIPAL Centro de Atención Integral de Problemas de Alcoholismo	-Desintoxicación	Privado	ALTO 450 Consulta	Médicos en Alcoholismo	Hermosillo, Son.	La hospitalización es en el HCNM a través de canalización
Dr. Arturo de la Vega Morales	Tratamiento psiquiátrico	Privado	ALTO 500 Consulta	Médicos Psiquiatras	Hermosillo, Son.	“Alcoholismo y Drogadicción”
Institución	Programa	Tipo de servicio	Costo	Clasificación donde se publicó	Localización	Observaciones
Dr. Jesús Adrián Duarte Mollier	Tratamiento psiquiátrico	Privado	ALTO 400 Consulta	Médicos Psiquiatras	Hermosillo, Son.	“Adicciones”
Psicólogo Carlos A. Barreto Rivero	Tratamiento Psicológico	Privado	ALTO 400 Consulta	Psicólogos	Hermosillo, Son.	“Problemas de Adicciones”
Psicólogo José Gaxiola Romero	Tratamiento Psicológico	Privado	ALTO 400 Consulta	Psicólogos	Hermosillo, Son.	“Tratamiento de adicciones”
Centro de Higiene Mental Drs. Trejo y Trejo	Tratamiento psiquiátrico y psicológico	Privado	ALTO 500 Consulta	Aparece en Psicólogos y Médicos Psiquiatras	Hermosillo, Son.	“Drogadicción-Alcoholismo”

Elaboración propia²⁰⁰²⁰⁰ Están registrados quince psiquiatras que no especifican si tratan adicciones y/o alcoholismo.

Clasificación:

SIN COSTO

ACCESIBLE: Aplicación de estudio socioeconómico

ALTO: 400 /500 pesos la consulta

MUY ALTO: Más de 1000 pesos diarios

Las opciones publicadas en el directorio son costosas y no se ubican en la ciudad. Una mujer que comience a buscar ayuda por si misma, podría decepcionarse de su búsqueda y sentirse confundida y sin orientación, ignorante de las terapéuticas que se ofertan en la ciudad probablemente no sabría donde pedir información específica y sabemos que no existe ningún lugar apropiado en donde puedan propinarla de manera organizada y discreta, un folleto, por ejemplo. Si esa mujer acude a un hospital o centro de salud cualquiera, la información tampoco estaría disponible.

Descripción etnográfica de las opciones locales de tratamiento para las mujeres

Las flores del mal: las mujeres en el hospital

Antes de ser un centro de higiene mental destinado al tratamiento de drogodependencias, el Hospital Dr. Carlos Nava Muñoz fue una clínica psiquiátrica privada perteneciente a un tal Dr. del Valle quién la vendió al gobierno de Samuel Ocaña (1979-1985) inaugurándose entonces el Hospital Psiquiátrico Dr. Carlos Nava Muñoz. Desde siempre este edificio albergó pacientes psiquiátricos al mismo tiempo que el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte localizado también en la ciudad de Hermosillo. En 1988 el entonces Hospital psiquiátrico Dr. Carlos Nava Muñoz comenzó a albergar solo a los pacientes más agudos y disruptivos y de poca estancia. Para el mismo año contó con un ala para el tratamiento de drogodependencias y un pabellón para Alcoholismo. Por primera vez en el Estado de Sonora se contaba con una unidad especializada para la atención y tratamiento de drogodependencias.

A partir de 1997 el ahora Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, atiende a personas con problemas de drogodependencias y otros trastornos psicosociales como depresión y ansiedad. Cuenta con una Unidad de Terapia Infantil (UTI), donde se atienden principalmente Trastornos de Déficit de Atención y problemas emocionales de hijos de padres que ejercen la violencia y/o tienen problemas de drogodependencias.²⁰¹

El tratamiento en el hospital tiene una duración de cuatro semanas o 28 días que se organizan de esta forma:

- a) Cuidados especiales (4 a 5 días)
- b) Unidad de Desintoxicación (UNDEX) (2 semanas)

²⁰¹ Es por eso que la UTI ha sido diseñada como un proyecto preventivo.

c) Unidad de Recuperación (UNIRE) (2 semanas)

Para entonces el paciente ya transcurrió un mes en el hospital. Se ha cumplido con la desintoxicación y recuperación mínima y es tiempo de salir del internamiento. Entonces se debe continuar asistiendo a grupos vespertinos de psicoterapia con homónimos y/o familiares.

El hospital habita el edificio de lo que fuera una clínica psiquiátrica privada. Se trata de una construcción cuadrada de dos plantas, de arquitectura rígida, geométrica y sobria. Por fuera el hospital da la impresión de una caja. Está ubicado sobre una transitada avenida y la puerta de entrada se localiza sobre la misma, de tal forma que un usuario que pretenda recibir información o atención de manera discreta quizá no lo consiga:

“Yo la pensaba mucho para ir al Nava, me daba vergüenza llegar y preguntar, me daba miedo que me topara con una tía o una vecina. Me imaginaba que en cada camión iba alguien que me conocía y eso me daba pena. Una vez fui sola y me pasé de largo, no quise llegar”.

Susi JÓ, usuaria de crystal 25 años.

Una vez dentro de hospital se accesa a una cámara reducida en donde desde una ventanilla se prodiga la información y se reciben los pagos de los servicios. Cuando la puerta se abre se atasca con la gente que hace cola y cualquiera que ingresa se topa de frente con madres y padres de familia, con hombres y mujeres desencajados que buscan tratamiento.

“Ahí en la ventanita me acerqué a preguntar. Pero no sabía cómo, no sabía ni qué decir y además había mucha agente en todos lados, bajé la voz pero la doña me dijo que si quería que me ayudaran tenía que decirle qué consumía, ¡imagínate! Yo no sabía hablar de mi problema. A mi me dio pena y mejor me salí. Varias veces hablé por teléfono y preguntaba todo lo que podía, pero me decían que si quería más información que fuera personalmente, que no me lo iban a decir por teléfono”.

Greta, usuaria de heroína, 25 años.

Cualquier tipo de información se brinda detrás de la ventanilla. Es necesario hablar fuerte y claro para ser escuchado a través del cristal, pero generalmente las mujeres que acuden por vez primera no desean declarar con voz sonora sus problemas de salud. Pasando la ventanilla hay una sala de espera. Es una estampa cotidiana del hospital lo que ahí ocurre: todos se miran callados, las madres regañan a sus hijos, un hombre alcohólico descansa tumbado en tres sillas. Los pacientes que esperan su internamiento por primera vez, están

meditabundos y desconcertados, otros, los que ya conocen el lugar, solo revisan las bolsas de plástico donde traen lo necesario para el internamiento:

- a) 1 *shampoo*, jabón, dentífrico y cepillo dental
- b) 1 par de sandalias de plástico
- c) 4 rollos de papel sanitario
- d) 1 caja de toallas sanitarias
- e) 1 toalla de baño y
- f) dos bolsas de dulces²⁰²

Todo esto, además de objetos personales como ropa interior, dos camisetas blancas, calcetines y zapatos tenis. Los objetos personales, juegos, revistas y otros distractores son confiscados a la entrada, así como cualquier objeto que no sea considerado en la lista del reglamento. Cadenas, insignias religiosas y amuletos tampoco son permitidos.

Las (os) usuarias (os) deben acudir a una consulta previa en el mismo hospital para ser candidato a internamiento o venir canalizado de otras instituciones de salud.²⁰³ En un consultorio externo tiene lugar la primera entrevista antes del internamiento, esto ocurre independientemente de que la persona haya acudido a consulta en días previos o que venga canalizada por otro hospital. Son exceptuados los pacientes que ingresan por urgencias. Ellos serán entrevistados más tarde.

En la entrevista inicial se responde el cuestionario del SISVEA. Cualquier usuario de drogas debe evocar un recuento biográfico de experiencias y andanzas en el “mundo de la droga”, pero el médico formula las preguntas a manera de un cuestionario fiscal. Se declara el tipo de droga que se consume, cantidades, frecuencias, así como otro tipo de sustancias con las que se haya experimentando antes. Pero los factores más subjetivos de las experiencias de consumo no son abordados y de manifestarse no son tratados adecuadamente:

“A mi me dieron ganas de llorar, porque tenía mucho coraje de que me llevaran ahí. Casi no hable nada en la entrevista. Quieren que les digas todo, que si cuanto gasto al mes o al año en loquera ¡Qué *chingados* , ni que llevara la cuenta de lo que me meto!

²⁰² Después de cada comida, los trabajadores sociales reparten dulces a los internos (as), como una forma de paliar la ansiedad. Es común que los dulces se intercambien y que los pacientes coman golosinas todo el día.

²⁰³ Esta consulta tenía un costo inicial de 80 pesos en 2005.

Además me preguntó todo muy rápido, si hubiera querido decir la verdad, ni hubiera tenido chanza”.

La Wera, usuaria de crystal, 21 años.

“Me dio mucha pena llorar enfrente del doctor. Pero yo sentí que en ese momento se me vinieron todos mis problemas y se me hizo un nudo en la garganta. Según yo le tenía que contar toda mi vida y esas cosas, pero el doctor me dijo que mejor eso se lo contara a los psicólogos después.”

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

El *pabellón de adicciones*, como es conocido al interior del Hospital, se ubica en la parte alta de una sección interna al centro del edificio.²⁰⁴ Entrar a esta parte “intima” del conjunto requiere el primer rito de paso de cada individuo que ingresa al hospital. Todavía en el primer piso un (a) enfermero (a) escolta al nuevo paciente hasta un cuarto gris y pequeño de altos techos. Ahí son auscultados los cuerpos semidesnudos en busca de drogas u objetos peligrosos, también se hacen anotaciones de las marcas o cicatrices del cuerpo, así como de tatuajes. Se entrega el uniforme de la institución. Es un traje generalmente azul marino de dos piezas, de tela áspera y pesada; se busca que las mujeres lleven el uniforme más holgado.

Después se camina cortando paso por el patio central del edificio. Es un panóptico, custodiado por ventanas a todo alrededor. A manera de redondel algunos maceteros de cemento pintado son también bancas. Desprovistos laureles y tres naranjos pequeños asoman por las lozas del piso un pedazo de tierra. No hay espacio para un jardín y la vida vegetal es poca. Subiendo las escaleras se llega a la puerta metálica del pabellón de “adictos”. Hay que tirar de un cordel para abrir la puerta, es un sistema simple y doméstico, así los muchachos de adentro pueden salir a la sala de televisión sin llamar al enfermero.²⁰⁵

“Cuando llegué la primera vez, si me impresioné. Se me *afiguró* como un manicomio, con todas las camas en hilerita. No ves mas que camas y chamacos, tirados ahí, bien malillas,²⁰⁶ otros en el cotorreo; todos en fachas y chancudos. Cuando pasas todos se te quedan viendo. A mi me gustaba pasar echando desmadre, sacando curas, pero la primer vez si me asusté, aunque puse cara como si no pasara nada (...) Luego me

²⁰⁴ Para acceder a esta zona, debía de usar una bata blanca. Cuando el médico explico los motivos, dijo: “es que los adictos son muy agresivos y peligrosos”. Pese a su observación, debo aclarar que ningún interno (a) me faltó al respeto.

²⁰⁵ Pasar del cuarto 16 al 15, ver Plano 1 más adelante.

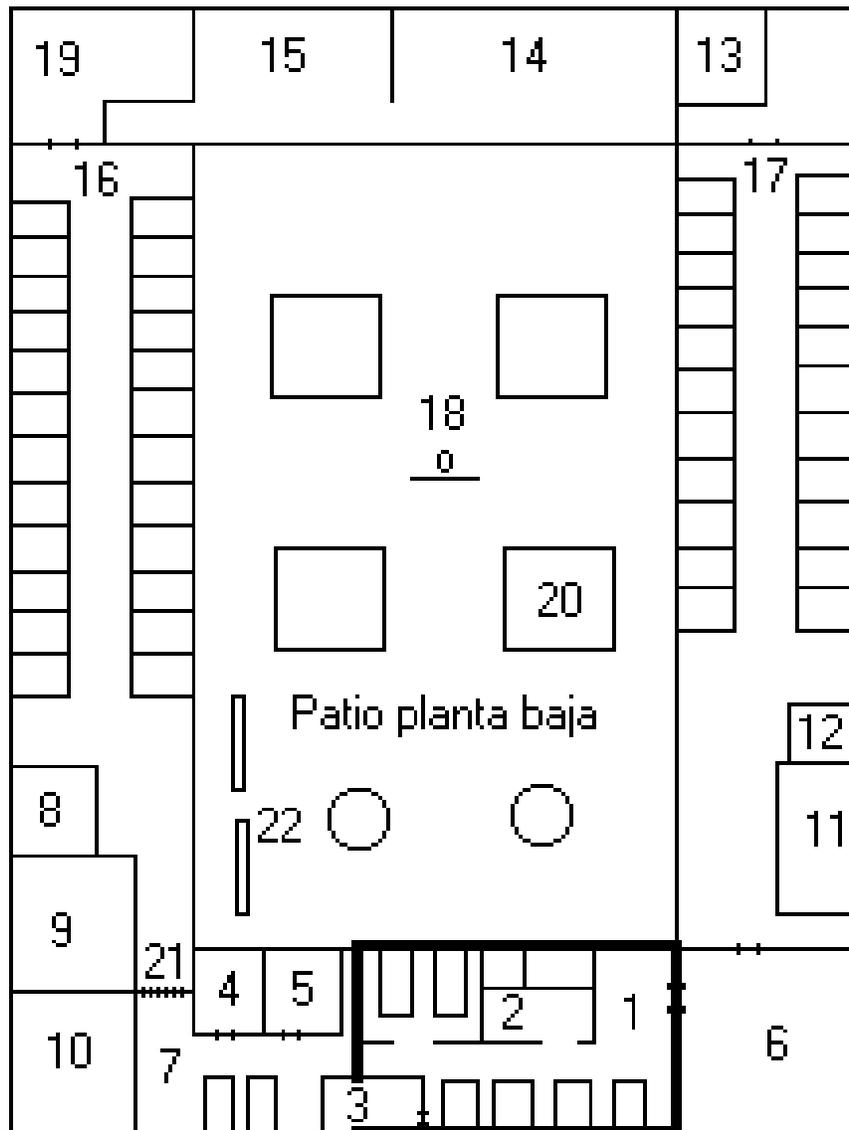
²⁰⁶ En el argot local, bajo el síndrome de abstinencia.

pasaron a mi cama en el *pinche* cuartito de las mujeres y me dijeron: de aquí no te puedes mover y no salgas por esas puertas sin permiso y sin enfermero... entonces dije, ¿qué hice? Ahora si, ya valió madres”.

Greta, usuaria de heroína, 25 años

Cuando las mujeres ingresan al hospital deben pasar por el área de internamiento varonil. Para que una mujer llegue al área femenina, siempre tendrá que pasar por entre el pasillo del área 16, que es el único acceso al cuarto de mujeres (área 1, gráfico 3). Ver a continuación un plano del hospital.

Gráfico 3. Plano del pabellón de adicciones del Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz



Elaboración propia

1 Área femenil	12 Enfermería
2 Baño de mujeres	13 Oficina del médico a cargo del pabellón
3 Enfermería	14 Área deportiva (equipo para pesas)
4 Cuarto de castigo	15 Área de descanso (televisión)
5 Consultorio	16 Unidad de desintoxicación varonil (camas)
6 Trabajo social	17 Unidad de recuperación varonil (camas)
7 Área de Cuidados Intensivos para varones	18 Cancha de basketball
8 Enfermería	19 Escaleras hacia la planta baja
9 Baños de varones	20 Maceteros con plantas (4)
10 Sala de juntas	21 Puerta con rejas
11 Baños	22 Bancas y árboles
	* Los cuadros más pequeños del gráfico son camas

Las áreas de internamiento de varones (que corresponde a los puntos 16 y 17 del gráfico 3) rodean el conjunto y custodian el área de mujeres por ambos lados. Se les pide que pasen en silencio y que eviten el intercambio de miradas con los internos, tanto al ingresar al pabellón como cada vez que van al comedor o a las sesiones terapéuticas.

Los salones internos son en su totalidad blancos y están forrados de un frío azulejo percudido que le da al lugar la apariencia de un cuarto de baño gigante. La temperatura interior es baja, aun en varano, cuando la temperatura ambiente alcanza los 45 grados centígrados, el edificio tiene una temperatura de 20 a 22 grados centígrados, el azulejo acrecienta la apariencia y la sensación helada:

“Todo se me hizo bien tétrico, las camas, los enfermos. Es como un lugar de locos, y luego ver a la señora con el brazo roto y a todos los *piratones cholos* esos. Me impresionó ver las ventanas enrejadas, el cuarto de castigo... los doctores, las camas. Da miedo. Yo no hubiera podido dormir ahí”

La Wera, usuaria del crystal 21 años

Generalmente se abre una puerta enrejada para dejar pasar a las mujeres a la zona femenil. El área de cuidados intensivos para varones (área 7 del gráfico 3) es dividida por una puerta de vidrio del área femenil (área 1 del gráfico 3).²²⁴ Entrando al área de mujeres se baja un pequeño escalón donde las chicas se sientan en el piso o en sillas a mirar el televisor. Solo hay un televisor en el área, todo lo demás se encuentra desprovisto. Siempre hay seis o cinco camas, dos de las cuales están en un cuarto sin puerta en la misma área, que prodiga cierta intimidad. Ahí mismo hay una ventana pequeña a lo alto de la pared, cubierta por una maya negra. Aunque el área femenil es pequeña hay ventanas por todo lo ancho, pero esta prohibido acercarse a mirar a través

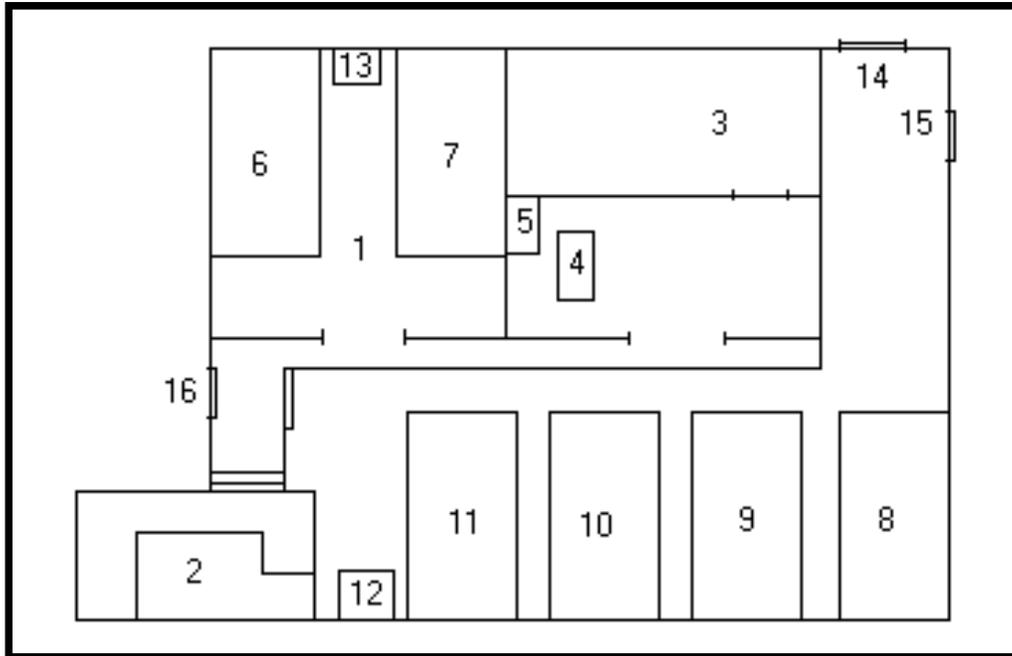
²²⁴ Véase también el acercamiento del área femenil en el gráfico 4.

de ellas, solo se permite ver televisión o bordar. Las ventanas son altas, las que miran a la calle están cubiertas por persianas verticales. Desde ellas puede divisarse parcialmente el Cerro de la Campana²²⁵ que se ubica frente al hospital, pero el horizonte no es tan amplio y la mirada se detiene en la barda de una escuela secundaria y contra el pavimento de la calle. Desde ahí se escucha pasar a los camiones urbanos, pero los acontecimientos de afuera solo se pueden imaginarse sin ser vistos.

En el gráfico 4 puede distinguirse el área 1 como el único lugar que provee de una “cierta intimidad” a las internas, aunque esta habitación no tiene puerta y sigue estando abierta al paso y mirada del personal. En esa habitación hay dos camas, son de estructura metálica, con colchones viejos y bases de resorte. En todo el hospital hace frío, pero principalmente en ese cuarto, pues durante el verano un ducto de aire acondicionado pega directamente en las camas (del área 1, del gráfico 4). Normalmente hay entre seis y cinco lechos, pero generalmente las camas no ocupadas no están tendidas y dejan al descubierto los colchones viejos y las bases de alambre. El ruido de la televisión inunda toda la sala. El espacio donde se encuentra la bicicleta estacionada es muy reducido y no tiene ventanas, si una mujer decide ejercitarse en ella, tendrá frente a sí la pared de azulejo y detrás la puerta del baño.

²²⁵ Cerro representativo de Hermosillo, ubicado en el centro de la ciudad.

Gráfico 4. Plano del área de internamiento femenino, Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz



Elaboración propia

- 1 Área de Cuidados Intensivos para mujeres
- 2 Enfermería
- 3 Baño de mujeres
- 4 Bicicleta estacionaria
- 5 Casilleros
- 6 - 11 Camas
- 12 Televisión
- 13 Mesita de noche
- 14 Puerta con salida a la Unidad de Recuperación para varones
- 15 Puerta con salida a la Unidad de Cuidados Intensivos para varones
- 16 Puerta con salida a la Unidad de Desintoxicación para varones

Las mujeres internas no tienen derecho a transitar libremente por el hospital, al contrario de los hombres quienes disponen de habitaciones más amplias y tienen acceso a la cancha de basketball, al equipo de pesas y al patio central. La capacidad de atención es para 45 varones y 6 mujeres. Su estancia se restringe al área 1 del gráfico 3. Conviven con sus compañeros solo durante las terapias grupales y en el comedor, aunque es usual que algunas logren escabullirse bajo el turno de enfermeros menos estrictos.

“Aquí no podemos andar libres, por eso me desespero mucho. Ahí te bajo el pedacito ese de banqueta y voy para acá y para allá y como tenemos una bicicleta para correr ahí me pongo a correr o me aviento todas las novelas y a veces ni las novelas me paran . Luego, en las tardes tengo la sensación de que me asfixio”.

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

Greta una poliusuaria de 25 años que tuvo como droga de impacto la heroína, refería la siguiente anécdota en uno de sus múltiples internamientos al hospital:

“...la primera vez que llegue, no sabía nada, como todavía andaba *curada* no tenía idea de que estaba haciendo, cuando llegó la tarde me empezó a dar una ansiedad terrible, quería salir corriendo, fumar un cigarro, entonces le pedí al enfermero que me llevara a dar una vuelta, me dijo que no podía, que viera la tele. Las otras dos muchachas tenían más tiempo ahí, estaban tranquilas viendo una novela, pero yo me sentía muy mal, camine hacia la puerta y el enfermero me regaño, me dijo que me sentara y no lo volviera a hacer, le pregunte porque no podíamos salir. Me dijo que el estaba ahí para cuidar que no anduviéramos por ahí, porque podíamos salir embarazadas y que entonces a él le iba a echar la culpa, me dijo que nuestras familias confiaban en el hospital y que tenían que cuidarnos por eso, para no devolvernos panzonas (...) antes de que se acabara el turno pedí mi alta voluntaria”.

Greta, poliusuaria, 25 años.

Las mujeres en el hospital encuentran muy difícil sobrellevar el estrés y ansiedad que se presentan durante un proceso de desintoxicación / recuperación. Ellas refieren salir porque no les gusta el hospital, no resisten el encierro y porque se sienten ansiosas. Las mujeres habituadas al tabaco tienen menos probabilidades de permanecer, pues no está permitido fumar. Al menos dos de mis informantes habían sido dadas de alta por encontrárseles fumando un cigarrillo.

Las mujeres entrevistadas expresaron sentirse: “asfixiadas”, “ahogadas”, “desesperadas” y “aburridas” durante el internamiento en el hospital. Difícilmente en un proceso de desintoxicación / recuperación no se presentan estos síntomas de ansiedad y

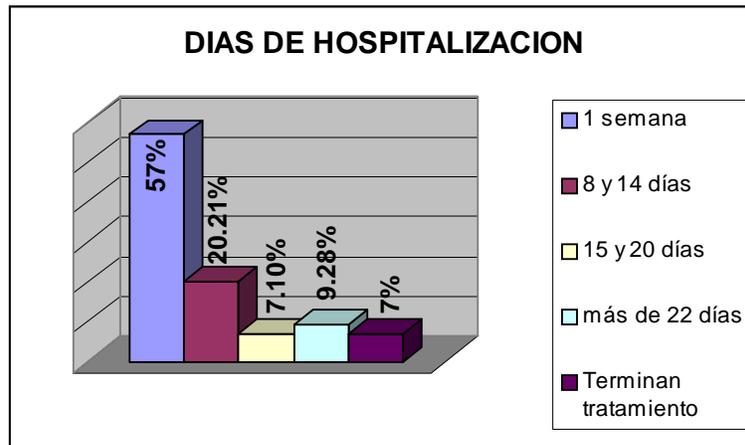
desasosiego, sin embargo las mujeres no exageran sus opiniones sobre el encierro. El doble cautiverio en el que transcurre el internamiento hace insoportable el proceso.

“Ya no hallo qué hacer, me jalo los pelos de tanta desesperación. Cuando vienen otras mujeres y se van yo también hago mi maleta y me dan ganas de irme. Es que si tan siquiera pudiéramos salir a caminar o a estar ahí nomás en el patio. Yo soy muy hiperactiva y no se cuánto pueda durar aquí, todos los días quiero irme, pero sé que tengo que quedarme, por mi hijo”.

Xaviera, usuaria de crystal, 22 años.

Al menos el 57% de un total de 183 mujeres que entraron al hospital del 1 de enero de 2003 al 4 de mayo de 2005 dejaron el tratamiento en la primera semana. Del mismo total el 21% se fue entre el primer y tercer día y solo un 7% terminó el tratamiento.

Gráfico 5.- Días de internamiento de las mujeres en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz.



Elaboración propia

Otra dificultad que enfrentan las mujeres durante la hospitalización es la soledad. Efectivamente las mujeres llevan sus procesos de recuperación bajo dos extremos: solas o hacinadas. Las temporadas de mayor demanda en el hospital tienen lugar siempre durante los periodos vacaciones de diciembre-enero y junio-agosto, pero durante otros períodos las mujeres que llegan a internamiento comúnmente no tienen compañía durante muchos días, aunque es probable que alguna chica nueva ingrese por dos o cuatro días y después se vaya.

No se trata solamente de que existan pocas mujeres con problemas de drogodependencia, sino que muchas mujeres no pueden hospitalizarse durante periodos no vacacionales y son a quienes durante los períodos de alta demanda se les negará el acceso por falta de espacios:

“Mi hermana hablaba por teléfono y le decían que no había cama, que esperaban que saliera para el viernes más mujeres. La verdad no me daba coraje, decía, si señor, ya me salvé”.

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

Xaviera pasó sola 25 de los 28 días que duró el internamiento. Ella añoraba platicar con los varones para paliar la ansiedad y el aburrimiento. Debo mencionar que las visitas constantes que hacía al hospital durante esos días fueron un aliciente para que ella completara el tratamiento. Xaviera me recibía así un día que llegué tarde:

“Ya te estaba esperando, creí que no ibas a venir... No me hagas esto, me desespero mucho si no vienes, ya quería platicar con alguien...”

Xaviera, usuaria de crystal, 22 años

Alicia, que en su primera intervención ya había solicitado su alta voluntaria porque no soportaba el encierro, me hizo prometerle que mencionara lo siguiente:

“En tu tesis quiero que digas: *Aquí estuvo Alicia chingando a su madre sola como un ejote*”.

Ella agregaba: “Yo soy muy hiperactiva, ahí me encaramo en la cama y me pongo a ver para abajo, ¡bájate de ahí, te vas a caer! Me dicen como niña chiquita, pero ahí ando, imagínate ahorita tengo como 13 o 14 días encerrada en este pedacito, en este ángulo del baño a la tele, ¡imagínate, con esta ansiedad!”

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

Las mujeres entrevistadas también referían su necesidad de *hablar con alguien*. Cuando lo mencionaban yo preguntaba sobre las sesiones de psicoterapia que se llevan a cabo en el hospital. Ellas comentaban:

“A mi me chocan los psicólogos, siempre *chinguele* y jódete con lo mismo, te dicen lo mismo pero de diferentes maneras, a mi me duele la cabeza con ellos; que ya cambia tu vida, que no se qué. Te tratan como animalito. Me dijeron: ya estas vieja, ya deberías de entender. Y si, tienen razón, pero de cierta forma no, porque nomás yo sé porque soy así y porqué tengo los problemas que tengo”.

Alicia, usuaria de crystal, 32 años

“Yo nunca hablo, entre tanto hombre me da vergüenza, ¡te imaginas! ¡qué me suelte chillando! No se de qué hablar, nomás no me sale y no me gustaría que todos se burlaran de mi. Además no sé ni de qué se tiene qué hablar”.

Xaviera, usuaria de crystal, 22 años

En general las mujeres no se sentían seguras en los espacios terapéuticos, por el contrario se sentían expuestas y vulnerables. Algunas otras asumían una actitud más desafiante:

“Yo nomás entraba a las terapias y les daba por su lado (...) de todas formas nada te creen, para todo somos pendejos o ya no tenemos remedio. A mi me dijeron ¿yo no sé para qué vuelves? Se te quita la buena intención”.

Lucita, usuaria de crystal, 41 años

Ellas manifestaban que durante las terapias grupales no se sentían seguras y por lo tanto no estaban dispuestas a hablar, mencionaron sentir: vergüenza, incomodidad, falta de confianza, desinterés y aburrimiento.

También referían que el tono inquisitivo de las terapias no les permitía abrirse más. Reprochaban sentirse regañadas y que ésta era la forma en la que algunos terapeutas las habían tratado:

“Ya deberías de portante bien, ya estas grande, ya no andes haciendo esto y lo otro, ¡pues claro, estoy aquí porque ya no quiero hacerlo! ¡porque necesito ayuda! A mi no me gustan los sermones, no vine a que me regañaran”.

Abril, usuaria de crystal 42 años.

Por reglamento las mujeres no tienen derecho a transitar libremente por el pabellón de adicciones o el patio del hospital, no pueden llevar accesorios, cremas, perfumes o pinturas faciales. Algunas expresaron que su estado de ánimo mejoraría si tuvieran la oportunidad de maquillarse y arreglarse a la manera en que acostumbran. Xaviera durante su internamiento me pedía le llevara una pinza para sacar las cejas, porque la suya la habían confiscado al entrar. Alicia me pidió un bálsamo para labios. Yo solo les explicaba que no me era posible, debido al reglamento. La Wera con cierta indignación me comentó:

“¿Por qué no dejan meter cosas de tocador? A mi me quitaron todo: las cremas, la secadora, las pinturas, la ropa... hasta el perfume ¿qué daño puede hacer un perfumito? A mi me gusta verme bien, el que este en el hospital no quiere decir que vamos a andar en fachas. Yo me deprimó cuando ando fodonga, a mi me gusta verme bien. No significa que le voy a andar coqueteando a todos, nada más que me gusta arreglarme para sentirme mejor”.

La Wera, usuaria de crystal, 21 años.

Según el reglamento el encuentro físico de dos personas de sexo opuesto, puede ser causal de alta forzosa. Esto puede ser un abrazo, un beso o la cópula. Abril fue dada de alta de manera forzosa unos días después de que la entrevisté, después de ser sorprendida besándose con un interno. Greta también fue suspendida en una ocasión por el mismo motivo. La sensualidad y el intercambio de miradas y gestos entre mujeres y hombres y personas del mismo sexo son muy comunes, inclusive el enamoramiento

entre internos. Xaviera se ilusionaba con un conductor de camiones que había dado positivo en un antidoping de su compañía, ellos escribieron sus teléfonos en pedazos de hojas para comunicarse al salir. Cada vez que bajaba a comer y pasaba por el área de varones le resultaba emocionante porque podía encontrarse, aun fugazmente, con la mirada de su pretendiente.

El internamiento de parejas no está permitido, aunque los motivos que a mí me dieron fueron muy vagos y simples. Un médico lo expresaba así: “si traemos a una pareja y a la mujer le hacen ojitos, el hombre se va a enojar y puede haber problemas, para ahorrármolos, no aceptamos que parejas se internen al mismo tiempo. Si pueden internarse, pero no al mismo tiempo”.

Aun así no es difícil burlar al personal. En dos ocasiones Alicia y su novio ingresaron al mismo tiempo. El personal lo advirtió, pero después de haber pasado unos días.

Según el reglamento no es posible aceptar de vuelta a una persona que se haya dado de alta voluntaria, sino hasta un mes después de que esto ocurra. Entre enero del 2003 y mayo del 2005 un 20% de las mujeres volvió al internamiento al menos una vez más, aunque hay referencias de mujeres que regresaron entre 3 y 5 ocasiones al hospital. Solo un caso reportó ocho internamientos para ese período. La mayoría de las mujeres provenían de la ciudad de Hermosillo, y en menor cantidad también llegaban desde Guaymas y Obregón.

Sabemos que el personal del hospital está integrado principalmente por: médicos psiquiatras, enfermeros (as), trabajadoras sociales y psicólogos (as). Cuando pregunté si algún miembro del personal había tenido problemas de drogodependencia un médico sorprendido ante mi duda fue enfático al decir: “aquí trabajaba puro profesional y por supuesto nadie consume sustancias y puedo asegurarlo”. Un enfermero agregaba: “aquí los curamos pero eso no quiere decir que nos la “curamos”, comento entre risas.²²⁶

²²⁶ Para algunas propuestas terapéuticas la participación de personal que ha enfrentado problemas de drogodependencia es sustantiva y relevante.

Los anexos: el *vía crucis* de la recuperación

“En la actividad nunca nos dimos cuenta a quien lastimábamos y hacíamos daño con nuestras actitudes. El adicto es una persona que siempre ha buscado huir del dolor, pero aquí lo encuentra frente a frente”.

Recuperador lego (anexo)

Los anexos son centros de recuperación para drogodependencias, son un tipo de comunidad terapéutica que operan bajo un modelo disciplinario / punitivo. La pobreza de recursos humanos y materiales los hacen muy distintos de otras comunidades terapéuticas. Según su filosofía el “*dolor es la piedra angular del crecimiento*”, esto implica que la humillación y el escarnio moral y físico sean empleados como formas terapéuticas. Bajo esta concepción la tortura es un método que conduce a la recuperación y la recuperación implica “arrepentimiento”: es un acto de contrición que conduce a la sanación. Operan bajo preceptos religiosos diversos, trabajando principalmente con la culpa como el impulso rehabilitador, ya que en un contexto social en donde la droga es el mal, las drogodependencias son pecado. Según las representaciones sociales estas terapias son eficaces porque los “adictos” son gente que “no entiende”, “necios”, “enfermos” y “baquetones”.

Sus terapéuticas son popularmente conocidas y toleradas. El Diario del Yaqui, de Cd. Obregón, Sonora, publicó el viernes 6 de mayo del 2005 el siguiente encabezado: “*Salvaje terapia. Encadenan a drogas*”. La gente sabe y comenta que en estos sitios tiene lugar la tortura, pero los golpes y la degradación son tolerables porque los adictos “no entienden de buen modo”.

La Dirección de Salud Mental del Estado de Sonora se encarga de regular las diversas organizaciones privadas y civiles abocadas a la atención y tratamiento de drogodependencias, como el hospital, los anexos y el Albergue femenino La Posada del Buen Samaritano.

Todas estas instituciones y organizaciones son regidas por la NOM-028-SSA2-1999 *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones* que fue aprobada por la 57 legislatura del Estado de Sonora el 9 de junio de 2005 ante la emergencia de regular los centros rehabilitadores que se han multiplicado considerablemente desde la década de los noventa. Estos centros operan bajo dos figuras legales: Instituciones de Asistencia Privada y Asociaciones Civiles. Se mantienen de sus propias contribuciones o en el caso del Albergue femenino La Posada del Buen Samaritano a través de patronatos y recolectas civiles.

La Secretaría de Salud a través de la norma 028 pretende regularizar a los centros antes del mes de enero de 2006, fecha en que entró en vigor la norma. Los centros se comprometen a:

- a) Estar registrados en la Secretaría de Salud.
- b) Contar con un médico y personal de enfermería bajo contrato.
- c) Abrir expedientes clínicos.
- d) Elaborar diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- e) La rehabilitación deberá de ser dinámica, es decir no basarse exclusivamente en medios de sustitución y desintoxicación sino en acciones profesionales de ayuda mutua, mixtas o alternativas.
- f) Cada centro debe tener programas establecidos de rehabilitación.
- g) La permanencia del usuario será estrictamente voluntaria, salvo mandato judicial.
- h) El usuario que llegue en estado de intoxicación, síndrome de abstinencia o supresión, deberán ser trasladados a un hospital.
- i) Los golpes no son aceptables como método de rehabilitación.
- j) Físicamente los centros deben contar con: Dormitorios con camas independientes y con armarios personales, para hombres y para mujeres.
- k) En los centros deben de respetarse estrictamente los Derechos Humanos.²²⁷

La prensa local ha seguido de cerca la crisis y clandestinidad en la que operan los anexos. Las autoridades reconocen la falta de recursos e instalaciones, así como la escasa o nula capacitación de su personal. Aunque se admiten las limitantes que enfrentan es sabido que estos centros no podrían ser clausurados ante la demanda de este tipo de servicios de salud en el estado de Sonora, por lo cuál la NOM-028 ha sido modificada ligeramente adaptándola a la realidad de los centros de rehabilitación y del sistema de salud en general.

En el verano de 2005 durante los días en que la norma 028 fue aprobada y adecuada al contexto local, se publicaron en El Imparcial una buena cantidad de notas periodísticas donde la descalificación y señalamiento del servicio proporcionado por los anexos era directa, aunque irónicamente la capacidad de estos centros (y el hospital) estaba al

²²⁷ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 *Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*.

máximo, incurriendo en el hacinamiento. Las denuncias por maltrato en la prensa, son recurrentes, aunque nunca formales y no tienen seguimiento. Un encabezado del lunes 20 de junio del 2005 que apareció en la sección policíaca de El Imparcial decía: *“Fallece hombre salido de Crreda”*.

Las cuotas de estos centros rehabilitadores suelen ser accesibles o nulas, de ser requerido, pues se mantienen de sus propias contribuciones. Los anexados que no cubrieron una cuota, al salir, suelen incorporarse en actividades productivas que benefician al centro. Todavía durante el verano del 2004 se permitía que los miembros de anexos hicieran colectas públicas en caminos urbanos y sobre avenidas transitadas con el fin de recaudar fondos y mantener sus organizaciones. Pero a partir de las discusiones sobre la norma 028 los contingentes de voluntarios recuperados han disminuido. Entre su equipo rara vez hay un médico de planta, aunque esta sea la sugerencia de la norma 028, cuentan con botiquines de emergencia y medican sueros y pastillas para el dolor como: naproxen, paracetamol y aspirina. Están compuestos en su mayoría por terapeutas identificados (generalmente hombres que han pasado por problemas de drogodependencias) y carecen de psicólogos, aunque es posible que de vez en vez alguno se incorpore.

En todos los casos se aplica el programa de Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Su terapéutica no es laica, sino religiosa, aunque en los anexos hay más tolerancia en cuanto a las creencias religiosas y el postulado de un “poder superior” a la manera de Alcohólicos Anónimos, les permite convivir con una diversidad de credos.

Los anexos funcionan como un método correctivo, una forma de hacer “entrar en cintura” a quienes trasgreden con sus problemas de drogodependencias, principalmente el orden familiar.

La familia juega un papel importante en el funcionamiento, inclusive legal, de estos centros, pues son ellos quienes autorizan el internamiento forzoso de los “anexados”. A diferencia del hospital y el Albergue femenino en donde el internamiento es voluntario, en los anexos puede utilizarse la fuerza e incluso el secuestro:

“Así llegaron por mi, yo estaba en la esquina fumándome un cigarro, y no más vi como venía echando polvo una camioneta del Amaal, y no tuve ni chanza de hacerme para un lado, venían por mi y me llevaron a la fuerza. Te asustas mucho porque es como un secuestro”.

Lucita, usuaria de heroína, 41 años.

El ingreso a un anexo siempre es una amenaza:

“Mi apa siempre me amenaza con que me va a meter otra vez a un anexo. Yo le digo que ni se le ocurra, le rompo los vidrios del carro, le quemo la casa, pero pura madres me va a meter con esa bola de cholos. Se sufre mucho ahí dentro”.

La Wera, usuaria de crystal, 21 años.

“A mi me lo advirtieron, que si seguía así iba ir a dar a un anexo y así fue”.

Lucita, usuaria de heroína, 41 años.

“Que bueno que no llegue al extremo de tocar un anexo”.

Greta, usuaria de heroína, 25 años

“Mi papá creía que solo en un anexo me iba a componer, siempre me amenazo con llevarme, pero no pensé que lo cumpliera. Pero es lo que te ganas cuando andas mal”.

Susi J6, usuaria de crystal, 25 años.

Pasar por una experiencia terapéutica de este tipo significa para muchas personas con problemas de drogodependencias un dolor adicional en sus experiencias de “tocar fondo con la droga”. Es por ello que las tribulaciones enfrentadas durante sus internamientos son percibidas como merecidas. El sufrimiento y la tortura emocional y física, son parte del camino a la recuperación:

“Aquí cuando llegué me preguntaron ¿cómo te llamas? Y yo les dije, pues que Luz y me dijeron, no, tu te llamas puta y te apellidas caca. (...) Hemos personas que nos cuesta mucho aprender por la buena, a mi tienen que darme de palos para que se me meta en la cabeza que ya no debo drogarme (...) En los anexos no son malos, sino que saben muy bien como tenemos la personalidad los adictos. Además lo que se sufre se recuerda; es bueno para acordarte lo que te puede volver a pasar si vuelves a lo mismo”.

Lucita, usuaria de heroína, 41 años.

Hasta los primeros 15 días del internamiento o en ciertos casos después del mes se permite la comunicación externa o la visita de familiares. En ocasiones esta también puede restringirse o prohibirse por castigos o por la posibilidad de que el interno comunique a sus parientes los abusos de los que ha sido víctima:

“Me dejaron sin salir porque ya sabían que yo le quería decir todo a mi esposo. A mi no me gustaba porque el padrino siempre que me señalaba algo, así con la mano, me tocaba, como decirte, me rozaba en los pechos (...) Por eso en todo el mes y medio no puede ver a nadie y no podía salir. Les dije que me iba a matar y no les importó (...) Estaba tan desesperada que me empecé a arañar los brazos, hasta un día que me di duro contra la pared y se me abrió la cabeza, me llevaron de

emergencias al hospital. Porque nada más así puedes salir. A mi familia nunca los pude convencer de todo lo malos que eran allí adentro. Básicamente te tratan como una mierda”.

La Wera, usuaria de crystal, 21 años.

En centros de tratamiento mixtos como el hospital y los anexos, encontraba los mismos hallazgos que Cristina Ravazzola²²⁸ refiere en su investigación sobre procesos de recuperación en Comunidades Terapéuticas de Argentina, donde las mujeres debían de cumplir con reglas “especiales” destinadas a garantizar que los varones “no perdieran el control” como: utilizar ropa holgada, mantenerse calladas y restringir las áreas y momentos de convivencia con varones. Las áreas de estancia de las mujeres son más limitadas, podríamos decir que son un “anexo” dentro del “anexo”. En definitiva las mujeres viven un cautiverio dentro del cautiverio. Es por ello que el doble aislamiento de la mujer es quizá el hallazgo etnográfico más emblemático en el contexto asistencial mixto.

Un exinterno de anexo que conocí mientras levantaba los datos de campo en el hospital describía las relaciones entre hombres y mujeres de este modo:

“A las mujeres no podíamos hablarles, estaba estrictamente prohibido que les habláramos o que las volteáramos a ver, si pasaban teníamos que agachar la cabeza y mirar al suelo, siempre que iban al comedor ellas también salían, el resto del tiempo estaban en el cuartito viendo la tele. Luego había una que le gustaba quedarse a hablar con los plebes y siempre la andaban acarreado hasta que un día la castigaron y la hicieron que se quedara todo un día en medio del patio donde todos podíamos verla pero que ni se nos ocurriera hablarle”.

Andrés, interno del hospital

Las mujeres desempeñan tareas de cocina y limpieza, o son capacitadas para ciertos trabajos manuales estereotipados como bordado y corte y confección. Los hombres invierten más el tiempo en actividades físicas y deportivas, también se les delegan las tareas “arduas” de la comunidad, como cargar o acomodar despensas, tirar la basura, limpiar los patios, labores de plomería o electricidad, y la reparación de diversos instrumentos domésticos o automóviles propiedad del centro rehabilitador.

Llevar a cabo las labores propias del orden doméstico como cocinar y limpiar:

“Hace un mes y diez días Nora Amelia Morán Ramírez, una mujer de 29 años, fue internada por su madre, en el Centro de Rehabilitación y Recuperación para Enfermos de Drogadicción y Alcoholismo (Creda) por su adicción a la mariguana

²²⁸ Ravazzola, Ma. Cristina, Op. cit. Barcelona, 1997.

y al “crystal”. (...) “Por una dosis de “cristal”, me vendí con personas que para muchos pudieran resultar indeseables (...) Debido a su incapacidad por abstenerse al consumo de enervantes, es que ella continúa internada en el Ccreda, donde diariamente le dan sicoterapias, toma vitaminas, lee la Biblia, y hace quehaceres domésticos”.²²⁹

Lucita referían ocupar así su tiempo:

“Nos dejaban en la cocina unas bolsotas de frijol para limpiarlas (...) Nosotras casi siempre estábamos en la cocina o en el cuarto, porque no podíamos entrar a otras partes. Si no hubiera sido porque nos ponían a hacer la comida me hubiera muerto de aburrimiento. También barríamos y trapeábamos las áreas, pero para eso sacaban a los morros al patio. A ellos los dejan sentaditos todo el día, lo bueno es que nosotras si andábamos más en chinga por el quehacer”.

Lucita, usuaria de heroína, 41 años.

El Albergue femenino: un tratamiento *exclusivo* para mujeres

Si comprendemos el sistema local de servicios de atención y tratamiento para las drogodependencias podemos comprender la manera en que el Estado y la comunidad visualizan un problema de salud como las drogodependencias y más específicamente el problema de las drogodependencias de las mujeres. El hecho de que existan opciones locales de tratamiento especializado para ellas no significa que estos procedan a través de un acercamiento sensible a las problemáticas de género que estas mujeres refieren, evitando caer en lecturas moralistas, patológicas o desviantes de las formas de vivir que ellas han adoptado.

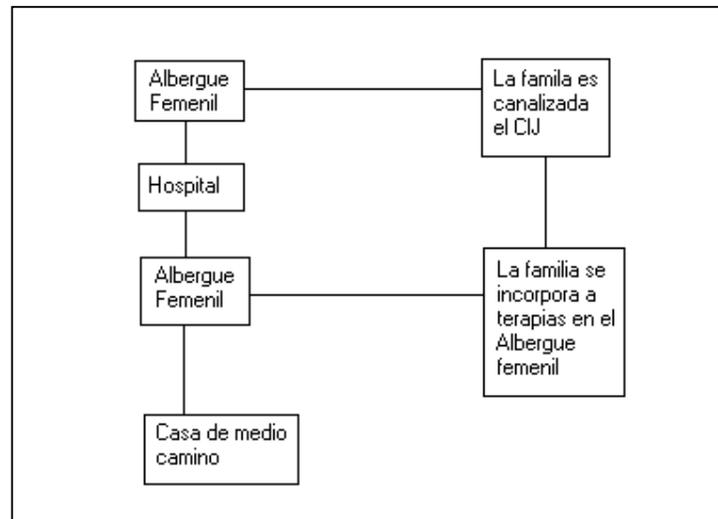
Un modo común de proceder es creer que los problemas a los que se enfrenta una mujer durante su proceso de recuperación, se resuelven creando espacios “especiales” para ellas. Aunque algunos terapeutas hablan de la eficacia de modelos de tratamiento exclusivos para hombres o mujeres, estas propuestas no tocan razones de fondo –que puede haberlas- para valorar como efectiva esta alternativa, parten solamente de la necesidad de eliminar las tensiones entre los géneros que tienen lugar en los tratamientos mixtos. Entre los prestadores de servicios existen ciertas limitantes para afrontar los problemas que devienen de la convivencia entre hombres y mujeres en las comunidades cerradas con motivo de su condición de género.

La categoría de “tratamientos especiales para la mujer”, sugieren también una “preocupación especial” en el problema de las drogodependencias entre mujeres.

²²⁹ Rivera, Celeste. (2004) “Internan a adicta”. Hermosillo, El Imparcial, 11 de octubre.

Durante el verano de 2005 se formalizó el convenio “Alianza para el tratamiento y la rehabilitación de mujeres” firmado entre Centro de Integración Juvenil (CIJ), el hospital (Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz) y el Albergue Femenil (La Posada del Buen Samaritano), con la finalidad de realizar canalizaciones directas e interinstitucionales. Esta “Ruta Crítica” como fue presentada durante las “Sextas Jornadas del Centro de Higiene Mental “Dr. Carlos Nava Muñoz”²³⁰ se diseño con el propósito de ofrecer la especialización de cada uno de los programas mediante el proceso de canalización acordada.²³¹

Gráfico 6. Ruta Crítica, canalización interinstitucional para mujeres



Elaboración propia.

El acuerdo contempla que las mujeres que lleguen directamente al hospital serán canalizadas (con su consentimiento) al Albergue Femenil. Al mismo tiempo, la familia se incorpora a las terapias que se llevan a cabo en el CIJ y el Albergue Femenil.

²³⁰ Las jornadas se celebraron los días 23 y 24 de junio de 2005 en la ciudad de Hermosillo, Sonora. La mesa redonda llevo el nombre de “Alianza para tratamiento y rehabilitación de mujeres... “Haciendo algo más” y en ella participaron representantes de las tres instituciones: el hospital, el Centro de Integración Juvenil y el Albergue femenino.

²³¹ Al contrario de este acuerdo interinstitucional, los anexos no reciben una ayuda institucionalizada del Estado, por ejemplo, no existen alianzas formales entre los anexos y el hospital con el fin de proveer de servicios de desintoxicación a sus residentes. Sin embargo en los anexos se suele medicar incipientemente, pocos manejan barbitúricos, pero la mayoría “medican” pastillas para el dolor, la fiebre, etc. Los GAM’s que pueden ser de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y AL-ANON (grupos de ayuda mutua para familiares de personas que han tenido problemas de drogodependencia) atraviesan transversalmente todas las opciones de recuperación por ser programas también de sostenimiento.

El *modelo recuperador* avocado al tratamiento de mujeres nace de una “preocupación especial”, que insinúa una emergencia social que no a lugar en los varones. Responde a la necesidad de *recuperar a las cuidadoras*, es decir, a las mujeres que no ejercen o han dejado de ejercer su rol tradicional en la crianza. Su objetivo, es recuperarlas para que participen de nuevo en la organización social de la asistencia.

En cuanto a los hombres no existe la urgencia moral por recuperarlos, pero si el compromiso medico de estabilizar sus cuerpos y cierta vigilancia moral que tiene como objetivo “calmar bronca” con la familia, la ley o el trabajo; ellos no cuentan con servicios “especializados” en su *ser* masculino, debido a que todos los centros están “hechos” para ellos, son las mujeres quienes ocupan un anexo en cada institución mixta. Institucionalmente la recuperación de las mujeres con problemas de drogodependencias es vista como una misión moral que implica su “salvación” y que para ello exige una recuperación de su rol genérico. En el Albergue femenino se dice: “*salva a una mujer y salvaras un hogar*”.

Para las mujeres que requerían de ayuda médica profesional para enfrentar el síndrome de abstinencia este centro no es una opción viable. Dadas las condiciones de crisis y demanda del hospital ellas no son debidamente canalizadas. Además suele considerarse no necesario, debido a que “ellas reaccionan diferente ante el dolor”.²³²

No todas las mujeres están de acuerdo en ingresar a un centro de tratamiento católico. En cierta ocasión, le pregunte a Alicia porque no solicitaba su traslado del hospital al Albergue femenino, pues habíamos estado hablando de la soledad y el aburrimiento que sobrellevaba en su internamiento. Yo le explicaba que el albergue era espacioso y que ahí encontraría la compañía de otras mujeres. Ella alarmada me advirtió:

Alicia: ¿te dijeron allá abajo que me dijeras? ¿Vienes a convencerme que me vaya pa'ya? (...) Ya me había asustado, pero te digo que no voy a seguir hablando contigo si te mandan de allá para convencerme ¡Ahí te encierran tres meses. Y aquí con trece días ya no aguanto! También lo morros me habían dicho que me iban a querer llevar, pero yo ya les dije ¡pues ni que fuera monja! No me voy a ir con esas rucas persignadas”.

Alicia, usuaria de crystal, 32 años.

²³² Como ya hemos explicado y veremos también más adelante, las representaciones sociales atribuidas a las mujeres localizan la enfermedad fuera de sus cuerpos, en el campo de las emociones.

El Albergue femenino tiene una capacidad para 24 residentes y un equipo compuesto por médicos, psicólogas, sacerdote, catequistas, trabajadoras sociales y terapeutas identificados -en su mayoría mujeres- excepto el sacerdote.²³³ La institución solo se reserva el derecho de admisión de mujeres con antecedentes penales y diagnósticos psiquiátricos.

A diferencia de los anexos, en el albergue no hay maltrato de ningún tipo y el internamiento es voluntario. El tratamiento tiene una duración total de seis meses y una básica de tres meses. Es durante los primeros tres meses cuando tiene lugar el internamiento. Los otros tres meses son parte de un programa de seguimiento integral, que continúa en una *Casa de Medio Camino* donde -en caso de requerirlo- pueden vivir con sus hijos. En el mismo edificio se ubica un bazar que ellas coordinan para ayudarse económicamente.

Para algunas mujeres el tiempo del tratamiento representa un inconveniente, a esto se debe que algunas no lleguen al final del proceso tal y como lo concibe la institución:

“Yo no me pude quedar los tres meses; ahora pienso que igual si me hubiera quedado, pero en ese tiempo no pude, tenía muchas presiones y cosas que arreglar acá afuera, ahí dentro no podía hacer nada más que esperar (...) yo ya me sentía bien (...) A mi me sirvió a mi manera, aunque me dijeron que debía de ser de tres meses (...) Yo sentí como que no les gusta que te vayas antes, como que se ponen diferentes con uno. A fuerzas tenía que ser tres meses, te presionan para que te quedes todo ese tiempo, pero es demasiado”.

Susi J, usuaria de crystal, 25 años.

Aunque Susi J evaluó su estancia de forma positiva, no dejó de sentirse mal por abandonar el tratamiento antes de los tres meses y no responder a las expectativas que se tenían sobre ella:

“Cuando les dije que me iba todo cambió. Como que se distancian y dejan de tener tanto interés en ti. Yo hubiera querido quedarme, por la maestras y las terapeutas, pero ya era suficiente. Me hubiera gustado hacerlo bien, pero mi cabeza estaba a mil por hora, tenía muchos pendientes acá fuera”.

Susi J, usuaria de crystal, 25 años.

La apreciación de las chicas que concluyeron el tratamiento era diferente, se sentían seguras y triunfantes. Sienten que hicieron las cosas bien:

²³³ También colaboran *damas de sociedad* que de manera voluntaria dan cursos de manualidades y otras actividades.

“es rara la que sale con los tres meses, del grupo que entramos que éramos no se, unas, se puede decir un número cualquiera 24, solo dos -en todo el tiempo que estuve- salimos bien, entonces para empezar desde ahí. No puedes decir que las que salieron antes van a estar bien, porque pues por algo se salieron ¿no? Las que terminamos, pienso que si pueden llevar una vida bien mientras estén concientes de su problema y mientras quieran seguir bien, o sea, se pueden seguir cuidando y si pienso que la pueden hacer, porque ahora yo estoy bien así, y lo logré, o sea, me refiero a la crisis, ellas ¿por qué no? Pero ha de ser más difícil y no es seguro”.

Greta, usuaria de heroína, 25 años

A las mujeres se les reitera que el éxito depende de que su estancia sea completada según el programa terapéutico:

“Tienen que quedarse, de aquí salen con una constancia de que tiene conciencia de su problema de la enfermedad de la adicción, se les da su constancia de los días que duraron aquí, cuando abandonan el programa sin terminarlo, es a riesgo de ellas, de tener una recaída, porque no completaron su programa, entonces se les hace saber que al no completar su programa están en riesgo de volver a consumir. Pero el requisito es entrar voluntariamente, nadie entra obligado, cuando piden salir, se les da la salida, un grupo de terapia habla con ellas y cuando no aceptan quedarse se les da su salida”.

Terapeuta del Albergue femenil

La sensación de haber hecho mal las cosas, hace que las mujeres vuelvan a sentirse derrotadas o como personas que no son capaces de concluir nada en sus vidas. Esto añade al proceso una sensación de fracaso.

“Me hubiera gustado hacer bien las cosas, pero a veces no se puede. Ellas creen que te sales porque vas a consumir y no es siempre así, es que uno tiene sus asuntos. La verdad al final me sentí triste, como que para el *staff* no valió lo que aprendí, como que yo no funcioné por eso. Pero bueno, lo importante es que yo me la crea”.

Susi J6, usuaria de crystal, 25 años

La Posada del Buen Samaritano ofrece ventajas que no se encuentran en otros centros de atención y tratamiento para las drogodependencias tales como: valoración socioeconómica con becas totales y medias,²³⁴ nivelación escolar de primaria y secundaria, clases de computación, actividades deportivas y sesiones terapéuticas sistemáticas. Tienen áreas adecuadas como: dormitorios, salones y espacios al aire libre.

²³⁴ El costo del tratamiento es de 8,000 pesos por los tres primeros meses.

El sitio es higiénico y cuentan con un médico de planta. Las entrevistadas me decían que la comida era muy sabrosa y que la cocina siempre estaba limpia, además expresaron que era divertido convivir entre mujeres:

“No te permiten quedarte despierta hasta tarde, pero a veces si nos echábamos unas platicadotas y ni en cuenta. Ahí estábamos platique y platique, como chamacas. Nos divertíamos mucho jugando a cualquier cosa, por mas tonta que se te ocurra. Es muy suave estar así todas juntas”.

Greta, usuaria de heroína, 25 años

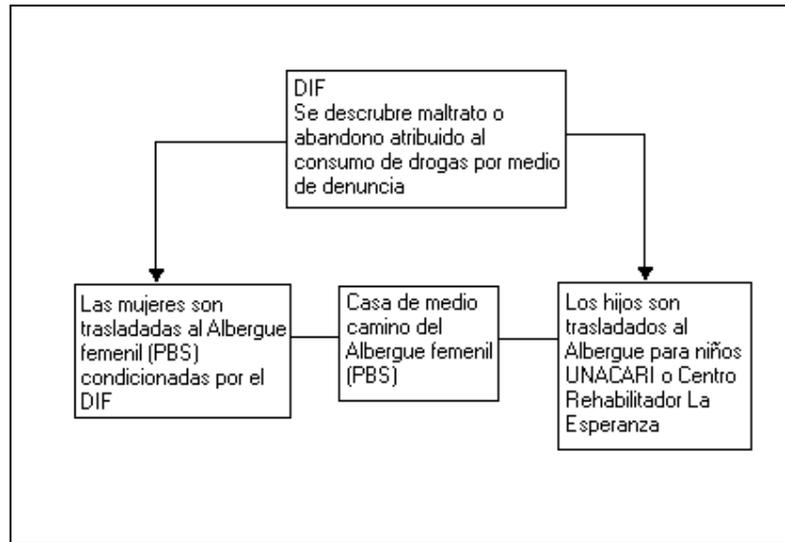
Las mujeres entrevistadas dijeron haberse sentido bien durante su experiencia terapéutica en el Albergue femenino. Se entretenían en labores y clases con las que ocupaban sus días. Referían que las rutinas eran amenas, como por ejemplo: bañarse temprano, ejercitarse, desayunar, hacer el aseo de áreas comunes, trabajar en grupos terapéuticos y religiosos, así como asistir a clases y cursos, para después volver a descansar y comenzar al día siguiente.

Para algunas transitar su experiencia de recuperación en el Albergue femenino fue una experiencia espiritual importante. Greta lo decía así:

“Aquí aprendí a valorar a Dios, aprendí el valor de tomar una Biblia y leerla. Aquí me di cuenta que no estoy sola y de lo mucho que había abandonado a Dios”.

Greta, usuaria de heroína, 25 años

Según las directivas del Albergue femenino, la forma más frecuente en la que son canalizadas las mujeres a su institución es a través de la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia, atendiendo a las demandas por abandono o maltrato a menores. Podríamos explicar el proceso a través del siguiente diagrama:

Gráfico7. Canalizaciones del DIF

Elaboración propia.

Susi J6 fue canalizada por el DIF al Albergue femenino después de que su ex esposo interpusiera una denuncia por maltratar a su hija:

“La verdad que si le pegaba mucho a mi niña, lo reconozco, pero en ese momento me dio mucho coraje, porque el cabrón de mi ex lo hizo por fastidiarme. Yo ya quería recuperarme, pero no sabía como hacerle, sentía que no podía parar. Cuando veía a la niña me daba coraje de verla. Me arrepiento mucho, porque en veces hasta agarraba el dinero que tenía guardado para cosas que ella necesitaba y me lo gastaba que en uno o dos *cincuentitas*. Yo acepto que estaba mal, pero todo pudo haber sido diferente si no hubieran estado los del DIF detrás de todo esto”.

Susi J6, usuaria de crystal, 25 años

Greta recordaba que la condición de la mayoría de sus compañeras era la misma que la de Susi J6:

“Casi todas las mujeres que estaban conmigo tenían hijos y se los había quitado el DIF, otras los tenían su mamá o alguien de la familia. Siempre estaban preocupadas por ellos, pobrecitas. Puede ser... un decir, que de las veinte tantas que habíamos, fácil más de la mitad las había mandado e DIF”.

Greta, usuaria de heroína, 25 años

La recuperación a través de grupos de ayuda mutua: un día a la vez

“Recuperas tus valores que tenías perdidos, la dignidad principalmente, recuperas todo aquello que dejaste en una botella, todo lo que dejaste olvidado, tus hijos, todo, y vas empezando a conocer un programa y ese programa te esta haciendo ver que tu vales por lo que eres, ¿una alcohólica? Sí, pero en recuperación”

Carmen, usuaria de alcohol, 68 años

Alcohólicos Anónimos nació en el contexto de la crisis económica de los años 1930's, en el marco de una política prohibicionista y el auge de la industria farmacéutica. Esta agrupación fue fundada en 1935 en Akron, Ohio, por Bill Wilson y el Dr. Bob Smith, los dos alcohólicos.²³⁵ Bill un corredor de bolsa de mediana edad, fue liberado a través de una “*repentina experiencia espiritual*” de su obsesión por el alcohol.²³⁶

El programa de Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos fue escrito en 1939, desde entonces el libro Grande o Texto Básico de A.A. ha permanecido sin cambios considerables en sus postreras ediciones,²³⁷ aunque el fenómeno de las drogodependencias ha tomado dimensiones inciertas para su tiempo y ha tocado a diferentes grupos étnicos y de edad.²³⁸

En más de sesenta y seis años el método de Los Doce Pasos y Las Doce Tradiciones ha ganado todos los espacios terapéuticos imaginables en el contexto de la atención y tratamiento del alcoholismo y las drogodependencias en nuestro país y en el mundo. En México la agrupación ha firmado convenios de colaboración con instituciones como el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Centros de Integración Juvenil y la Secretaría de Salud.

Para el total de los profesionales entrevistados, el trabajo que A.A. realiza es imprescindible y efectivo. Reconocen que la Secretaría de Salud por sí misma, no

²³⁵ Alcohólicos Anónimos. 1986. **El Libro grande. Texto Básico de Alcohólicos Anónimos.** México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

²³⁶ Las primeras sesiones de A.A. eran oficiadas en la casa de Bill, en Nueva York según narra Margaret Mann, una de las primeras mujeres que se reunieron en A.A. La historia de Mann y de otras mujeres en la agrupación es poco mencionada por los Alcohólicos Anónimos, aunque ella encarnó a un personaje emblemático de la agrupación, como fundadora del entonces Comité Nacional para la Educación sobre el Alcoholismo, hoy Concilio Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en Estados Unidos.

Su participación en A.A. es rescatada por Elizabeth Etorre a través de una entrevista a una mujer que la conoció a finales de los años 60's. Desde entonces la presencia de las mujeres ha sido polémica y Marty Mann no fue la excepción, suscitando comentarios de asombro entre los hombres porque pensaban que era un monstruo. Véase: Etorre, Elizabeth, Op. cit. Madrid, 1998, p. 147.

²³⁷ Aunque se han realizado otras ediciones en el extranjero (Estados Unidos) estas no han llegado de forma masiva en México, en donde comúnmente circula la versión en español de la tercera edición en inglés.

²³⁸ Los contenidos de la literatura de A.A., no son sometidos a criticas, ni por parte de sus miembros, ya sean hombres o mujeres, como tampoco por parte del cuerpo medico especializado.

podría tener el impacto de este programa de prevención y sostenimiento. Todos los prestadores de servicios entrevistados sugerían a sus pacientes continuar sus procesos de recuperación a través de un grupo.

Hoy en día cada vez más mujeres se vuelven indispensables en la organización de los grupos de A.A. y su presencia ha creado folletos, comités de mensaje a las mujeres y grupos exclusivos de mujeres. Sin embargo, las mujeres que están pensando en hacerse de A.A. deben ser advertidas de que este es un programa fundado y coordinado principalmente por hombres. Pero no solo las mujeres deben preguntarse si sus necesidades pueden ser atendidas en los grupos de ayuda mutua, esta es una pregunta obligada para los prestadores de servicios de atención y tratamiento.

Muchas mujeres prefieren entrar a A.A. en vez de acceder a un escenario terapéutico organizado. Consideraban que el internamiento no es necesario, pero si la mayoría no lo contempló como elección fue porque desconocían las opciones de desintoxicación y recuperación que se ofertan en la localidad. Algunas son invitadas por compadres de sus esposos, por familiares recuperados o por sus parejas.

Generalmente llegan a través de AL-ANON,²³⁹ un grupo de ayuda mutua dirigido a los familiares de Alcohólicos, lo que ellos llaman *codependientes e hijos adultos de padres alcohólicos*. Ellas acuden con la esperanza de ayudar principalmente a sus parejas, pero también a sus padres o hijos. De un total de 41 mujeres a las que se les aplicó el cuestionario, al menos 22 habían llegado a A.A. través de AL-ANON.

Este es el caso que describe Carmen, una mujer que legó a AL-ANON a los 48 años después de haber bebido durante 20 años:

“Yo estuve un año en AL-ANON, porque tenía un esposo que tomaba y mi papá había sido borracho, era alcohólico. Fui a AL-ANON, porque no aguantaba las depresiones, los sufrimientos, mis hijos todo el tiempo borrachos, yo también y mi marido también, pero yo pensaba que era normal, que todo así era en la vida hasta que llegué a AL- ANON, durante el año que estuve en AL- ANON yo bebía, pero nunca me habían hablado a mi del alcoholismo, yo estaba yendo porque mi esposo era el borracho, por eso sentía como que no era para mi el programa, cuando me dieron la información me di cuenta que era yo la que tenía los problemas”.

Carmen, usuaria de alcohol, 68 años

Sonia una joven soltera de 26 años describe el mismo procedimiento para ingresar a Narcóticos Anónimos:

²³⁹ AL-ANON fue la primera organización coordinada por mujeres de hombres alcohólicos, entre ellas Lois, la esposa de Bill Wilson, cofundador de A.A.

“Comencé yendo a AL-ANON después de que mi novio salió de un anexo, yo me involucré mucho con su recuperación, lo visitaba y le llevaba lo que necesitaba, iba si me lo pedían. A como diera lugar quería que dejara la actividad, porque el era *tecato* y yo se que la heroína es muy difícil. Así entraba y salía a cada rato, cuando yo vi que volvió a recaer se puso peor, comencé a preguntarme muchas cosas, no estaba segura de que pudiera el lograrlo, me la llevaba reprochándole su falta de carácter (...) Yo no me daba cuenta de mi enfermedad, estaba ciega, hasta que un día me cayó el veinte por una discusión muy fuerte que tuvimos. El me dijo que para que me hacía la inocente, si yo también le ponía... en ese entonces yo usaba cocaína y alcohol, pero nunca pensé que pudiera tener un problema. Como tres meses después de ir a AL-ANON llegue a Narcóticos Anónimos por convencimiento propio”.

Sonia, usuaria de alcohol y cocaína, 26 años

En la actualidad las mujeres ocupan cada vez más espacio en la agrupación, pero no por ello han dejado de estar expuestas a la discriminación, desprecio y acoso de los hombres también miembros:

“Cuando llegue al grupo se burlaron de mi por mi edad, como que no creía que yo podía tener un problema. Paso mucho tiempo hasta que me sentí a gusto, mas que nada me quedé por que ya iba yo muy mal y claro por todo el apoyo que me dio mi madrina”.²⁴⁰

Narcótica Anónima, 45 años

Durante una Semana de Compartimiento a la que asistí en los primeros meses del 2005 se trataron los temas: “La mujer en A.A”, “Mi estancia en A.A” y “¿Hay una solución para la mujer alcohólica?”. Ahí, una de las mujeres comentaba en tribuna:

“No ha sido fácil, sobre todo al principio, por tener que soportar la burla de los compañeros y la humillación de haber fallado, como a ellos les fallaron otras mujeres como yo, que fueron sus madres o sus esposas. Al principio sentí mucho odio de ellos, porque veían en mi a esas mujeres que los habían abandonado y eso les causaba dolor”.

Alcohólica Anónima, 36 años.

Para las expositoras que tenían entre cinco y doce años de recuperación, la experiencia de llegar a A.A. y su condición de mujeres, no habían generado contradicciones

²⁴⁰ El apadrinamiento o amadrinamiento, es un servicio que realizan generalmente los miembros más antiguos del grupo o quienes han mostrado mayor compromiso con la agrupación, a aquellas personas que se inician en la agrupación. Ellos fungen como consejeros y ayudan a sus ahijados a desarrollar los Doce Pasos.

específicas o particulares por su género, sin embargo, al entrevistar individualmente a las mujeres, ellas hacían énfasis en la necesidad de crear espacios seguros dentro del grupo de ayuda mutua para hablar de temas que no era sencillo tratar frente a la presencia de los hombres; una de ellas subió a tribuna y dijo:

“con la adicción todos somos iguales, a mi no me importó que cuando yo empecé a venir al grupo éramos dos o tres mujeres, porque sabía que todos por mas diferentes que pareciéramos, padecíamos la misma enfermedad”.
Concluían: “no se trata de hombres y mujeres, en todo caso, somos alcohólicos y alcohólicas”.

Alcohólica Anónima, 36 años.

Con el argumento de la enfermedad “unificadora”, mujeres y hombres sorteaban en su discurso las vicisitudes y contradicciones de llevar a cabo un programa de recuperación que no hacía distinciones aparentes, entre hombres y mujeres.

En la ciudad de Hermosillo, los grupos de mujeres son relativamente nuevos, según las palabras de una de las fundadoras el primer grupo de mujeres, datan de 1992. La década de los noventas permitió a las mujeres de Alcohólicos Anónimos en Hermosillo multiplicar las actividades específicas para ellas; durante esos años se organizaron formalmente sesiones exclusivas para mujeres en los grupos y se fundaron los primeros grupos en el CERESO Femenil 1 de Hermosillo. Surgió también el primer Comité de Mensaje a la Mujer el cuál funcionó solamente un año y medio, una de sus fundadoras refiere los motivos que les impidieron continuar con esta labor:

“Con el comité del mensaje a la mujer trabajamos muy duro en el CERESO, en el Hospital General, en el Carlos Nava, en la Cruz del Norte, aquí en San Vicente, pero mas bien nosotros ya trabajábamos de mujer a mujer, antes pasábamos el mensaje a hombres y mujeres en los hospitales y cuando estuvo ese comité era de mujer a mujer, pero como te digo necesitábamos mucho apadrinamiento y no lo hubo, aquí se desconocían las funciones del comité. Nos poníamos a hacer las cosas como nosotros creíamos y no había apadrinamiento porque los compañeros no estaban preparados para esto, porque no lo sabían, son compañeros que no habían trabajado en un comité del mensaje a la mujer y este era el primero aquí en Hermosillo. (...) Ni yo ni los compañeros teníamos conocimiento de cómo debía ser el comité del mensaje a la mujer, yo no tuve apoyo, aunque fuera yo mujer era la que menos sabía, yo solo quería pasarle el mensaje a la mujer, peor no sabía como”.

Carmen usuaria de alcohol, 68 años

La agrupación también les brinda a las mujeres la posibilidad de sentirse útiles y de desarrollar capacidades y talentos que no conocían de sí mismas.²⁴¹

La tribuna: aprender a hablar

Bajo el precepto de llevar el mensaje a través de la experiencia propia, se inauguró esta agrupación de ayuda mutua, de tal modo que “*cuando otro habla de mi problema yo me identifico*”. La tribuna es el espacio que simbólicamente se toma cuando yo hablo de mi problema con el alcohol y/o las drogas a otros. Es sin duda el rito central de Alcohólicos Anónimos y de toda agrupación anónima pariente. Es por ello y ante todo una tradición iniciática de la agrupación. Para ellos la catarsis a través de la palabra es un emblema de fortaleza y constancia, una herramienta para paliar las contradicciones inmanentes del vivir. La tribuna exige la verbalización compartida de los “sentimientos más profundos”, de los obstáculos o contratiempos más grandes y delicados pero también de los pequeños logros y alegrías, sin olvidar las dificultades de mantenerse sin consumir drogas y/o alcohol.

La tribuna es palabra, requiere narrativa, impostación, improvisación, reflexión y dramatización, es un acto escénico que redime a quien habla y a quien escucha. La tribuna unifica al grupo, los vuelve cómplices de las desgracias y alegrías anónimas de sus miembros.

Tomar tribuna implica tomar la palabra, construir una narrativa en la primera persona del singular. Se trata de elaborar tu historia de vida y particularmente tu “historial de adicciones”. Es un trabajo edificante para las mujeres de la agrupación. Ellas llegan sin poder hablar de sí mismas, pero conforme reparan en su historia personal la incertidumbre de saberse desconocidas, comienza a disiparse:

“Cuando yo entré por primera vez a una sesión de A.A., me daba pena ajena verlas a todas llorando y eso. Después me empecé a fijar que todo lo que decían era como si estuvieran contando mi vida, no la de ellas, ¿sabes como? Mi vida. Ahí me di cuenta de que si es importante hablar de tus problemas y de lo que uno trae dentro, de todos los sentimiento”.

Susi J6, usuaria de crystal, 25 años

“En A.A. yo he podido hacer mi biografía y me ha alcanzado el tiempo para imaginarme la de mis padres y comprender porque las cosas fueron como fueron. En A.A. me di cuenta que las respuestas que buscaba estaban en mi propia vida, en todo lo que me tocó vivir”.

²⁴¹ Véase capítulo 5.

Carmen, usuaria de alcohol, 68 años.

Conforme reconstruyen su historia de vida y aprenden a hablar de sus problemas con los demás, estas mujeres retoman el sentido de lo propio, el sentido de sus vidas. Se vuelve siempre sobre la misma historia, cuantas veces sea necesario.

Pero “aprender a hablar” es un proceso que puede llevarle años a una mujer en A.A., depende de:

- a) La empatía que establezca con el grupo.
- b) Sentirse protegida y no amenazada por el grupo.
- c) Desarrollar la capacidad interpretativa en tribuna: impostación, improvisación, actuación, amenidad.

Para las mujeres que deciden quedarse en A.A. la tribuna es un ejercicio que les permite, conocerse y reconocerse frente a los otros; la idea más atractiva para estas mujeres es ser escuchadas por los demás, compartir sus problemas en un grupo al que ellas han elegido pertenecer.

El grupo: resignificando el orden cotidiano

Los grupos de ayuda mutua mixtos organizados por Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, tienen como filosofía el principio de comunidad para conducirse al camino de la recuperación. Esto implica el intercambio de testimonios y experiencias de vida que son el espejo y la base de identificación de toda persona con problemas de dependencia. Se dice: “somos el mismo actor en distintos escenarios”, quizás esto pueda ser hasta cierto punto efectivo entre varones, pero la presencia de mujeres, travestis y homoeróticos, ha puesto en crisis el principio de identificación del que parte el grupo, pues las biografías de estos participantes – sobretodo cuando las mujeres han pasado por un proceso de autoconocimiento en el que se asumen como responsables de sus cuerpos y emociones- suelen contravenir las expectativas “estoicas” (en el sentido de *incondicional* en que se emplean los grupos) que se tienen sobre la mujer.

De este modo, las mujeres juegan un papel sutilmente revolucionario en las formas en que se gestan las dinámicas al interior de los grupos de ayuda mutua de A.A y N.A., pues al partir del supuesto de que todo “adicto” es mi reflejo, el hombre no puede ignorar las relaciones de abuso que reproduce al interior de su familia y que han tenido lugar también en la vida de esas mujeres “adictas” miembros de su cofradía. Las mujeres en recuperación hacen visible frente a los hombres del grupo, que la identidad de la mujer no es estática, ni “estoica”, ni que se mantiene en sumisión, sino que las mujeres experimentan actitudes de cambio que terminan por derrumbar la imagen de la

mujer incondicional que siempre los ha acompañado a lo largo de sus vidas como madres, hermanas, parejas o hijas.

Resulta interesante el hecho de que la organización de estos grupos basados en el ideal de servicio, invite – para lograr una socialización sin abusos, a dignificar la vida cotidiana, un ámbito habitualmente poco valorizado y dignificado, al que se considera femenino y se regala a la esfera de las mujeres. Al interior de estas organizaciones, asignar roles domésticos específicos para mantener el grupo, como pueden ser: cafetero, cenicero, moderador, etcétera; permite reubicarse frente a las vicisitudes de la cotidianidad, limpiar, cocinar, lavar, ordenar, lo cual no solo es necesario para la vida de todos, hombres y mujeres, sino que además, parece tener un efecto importante en el crecimiento basado en asumir responsabilidades por uno mismo y por los otros. En ello, las dinámicas internas del grupo, permiten dilatar el sentido de cooperación y la necesidad de establecer tareas equitativas en la distribución del trabajo doméstico.

Es por ello que Alcohólicos Anónimos tiene eficacia simbólica para las mujeres que contemplan a la agrupación como familia:

“Para mi A.A. es como la familia que nunca tuve, porque en mis años de actividad no tenía la capacidad para comprender el gran valor de un hogar”

Alcohólica Anónima, 45 años.

La droga fatal: la mujer como factor de riesgo en el grupo

Las analogías entre la mujer y la droga son constantes, sinónimas de peligro inminente, es el canto de la sirena que vuelve locos a los hombres, el cuerpo de mujer que en el imaginario esta dispuesto a ser poseído y a poseer. Según las representaciones sociales (podemos verlo en canciones, películas y otras productos culturales) la mujer como droga es adictiva, traicionera, astuta, heroica, despiadada, cruel, celosa, por ella haríamos todo, correríamos cualquier riesgo, pagaríamos cualquier precio. La droga es mujer porque tiene la capacidad femenina de dar la vida y quitarla, la ambigüedad de ser medicina o veneno. Es ella quien da acarcias pero finalmente siempre nos traiciona.

En los grupos de ayuda mutua y en las comunidades mixtas de rehabilitación (hospital y anexos), la presencia femenina es siempre una crisis por resolver. La mujer es ante todo un cuerpo objeto del deseo, del mismo deseo irrefrenable que inspiraba la droga. Suele entonces tratarse con delicadeza los casos de mujeres internas en comunidades mixtas y que participan en grupos de ayuda mutua.

El caso de Sonia fue emblemático en este punto. Cuando comencé formalmente el trabajo de campo en el mes de octubre de 2004 conocí a Sonia en un grupo mixto para

jóvenes de Narcóticos Anónimos, ella y otras dos mujeres que asistían de manera esporádica eran las únicas chicas. Era ella quien realizaba mayores actividades de servicio y había conseguido hacerse hasta cierto punto imprescindible (como sucede con muchas mujeres que se quedan en la agrupación). Tuvimos tres encuentros después de esa fecha hasta mayo de 2005. Precisamente en la última ocasión en que pude verla corroboré la información que me habían dado en el grupo un día que volví a buscarla. Cuando pregunté por ella a sus compañeros éstos guardaron silencio y algunos apenas hicieron una mueca. Severamente el padrino del grupo me dijo que Sonia tuvo que ser suspendida por haber puesto en riesgo el proceso de recuperación de un hombre casado que asistía al mismo grupo. Ellos me dijeron que había “*deshonestado*”, cuando pregunté en que consistía aquello, me explicaron que aludía a cometer faltas imperdonables en el grupo, como relacionarse sentimentalmente con los miembros, lo que era motivo para la suspensión definitiva. Tuve que preguntar entonces que había sido del joven enamorado. El padrino, con la aprobación del grupo, había decidido que el chico permaneciera en la agrupación ya que “de no haber sido por ella, hubiera cumplido con su buen pronóstico”. Para la agrupación ella siempre estuvo provocándolo. De este modo el amante de Sonia no fue suspendido, simplemente se le abstuvo de participar en tribuna por un mes.

Cuando la entreviste para escuchar su versión de los hechos, ella se veía más enojada que triste, me dijo haberse “librado de un gran problema”:

“Mira, mejor así, ya no tengo que soportarlos con esas cosas, ya ves que yo te dije, siempre me ha gustado ser así, me gusta verme bien, arreglada, me siento mejor y no me voy a dejar de vestir así no mas porque estos me digan que soy coqueta. Tanto hablan de respeto y ellos son los que deben de aprender a relacionarse con uno con respeto, yo no hago nada malo vistiéndome así y bueno, sí terminé saliendo con L., fue porque los dos quisimos”.

Sonia, usuaria de alcohol y cocaína, 27 años.

Sonia perdió la fe en A.A. después de dos años de servicios, actualmente describe su proceso como:

“Finalmente yo me aproveche de la situación, sigo sin consumir, gracias a dios, y por eso creo que me quedé con lo bueno, pero ya no pienso volver a un grupo. Hay mucha hipocresía con la mujer. Yo sabía que L. No era el único que andaba detrás de mi, yo creo que alguien metió candil y última hora el padrino se puso celoso”.

Sonia, usuaria de alcohol y cocaína, 27 años.

Como se ilustra en esta tesis, las mujeres son relegadas por su imagen de seductoras, que tienen la capacidad de perder a un hombre con la misma potencia de una droga. Esta identidad transgresora de la mujer da al grupo una tensión sexual perpetua.

Otra mujer de la agrupación describía de esta forma el acoso por parte de los miembros:

“la mayoría de los hombres te ven con morbo. Si esta muy joven la persona pues la ven con deseos y no se escapan las viejitas (...) tienes que estar muy lista porque quedarse en el grupo es una de las cosas que mas trabajo da, viene el asedio por la mujer: “que yo te voy a apadrinar y yo esto y yo el otro y resulta que van con la intención de quedarse con ella, no es un apadrinamiento, no es una recuperación, sino mas bien es el deseo de irse con ella o llevársela Y como lo he visto en otras mujeres también he tenido mucho cuidado con eso, además por mi esposo que siempre me dijo desde el principio de mi recuperación que ahí iba a ver muchos hombres. Ojalá todas las mujeres llegáramos sabiendo, pero no (...) entonces vemos las cosas muy bonitas porque nos *apapachan* a veces, nos dan ese cariño los compañeros pero como nosotras no sabemos distorsionamos todo al principio, creemos que es otra cosa, y cuando ya tienes tiempo te das cuenta que es sencillamente un cariño nada mas, un cariño adulto que se da, pero uno es débil y se puede ir por otro lado, así le puede suceder también a ellos, no nomás a las mujeres”.

Carmen, usuaria de alcohol, 68 años.

A continuación y de manera panorámica y no exhaustiva presento una descripción general de los servicios de atención y tratamiento que ya describimos.²⁴²

Cuadro 12. Síntesis de las opciones terapéuticas para mujeres en Hermosillo

	Hospital	Albergue femenino	Anexos
Capacidad de atención	6	24	Indefinida
Costos	-Examen socioeconómico (cero a 500 pesos por día) -Seguro médico (ISSSTE) ²⁴³	-Examen socioeconómico (cero a 8,000 x tres meses)	Entre 1000 y cero pesos al mes.
Duración del tratamiento	4 semanas	-Tres meses básicos -Seis meses programa integral	Tres meses
Albergue infantil	NO	SI	NO
Terapias familiares	SI	SI	Solo visitas
Consulta externa o tratamiento ambulatorio	SI	NO	NO
Terapias psicológicas	SI	SI	NO
Protocolo médico de desintoxicación	SI	No ofrecen protocolos médicos. Dan seguimiento al protocolo médico prescrito por el hospital.	No ofrecen protocolos médicos. Prescriben sueros, tés, vitaminas, pastillas para la fiebre o el dolor

Elaboración propia.

²⁴² Exceptúo los GAM's aunque son para muchas mujeres la primera y única forma terapéutica a través de la que han tratado de resolver sus problemas de drogodependencia. Sabemos que son una opción terapéutica de sostenimiento y que se llega a ellos por adscripción a cualquiera de sus grupos de 24 horas en la ciudad. La mayoría de las mujeres entrevistadas y encuestadas habían recurrido a un GAM después de sus internamientos. Otras muchas llegaron a ellos para atender los problemas de drogodependencia de sus parejas o hijos. En ninguno de ellos sesionan exclusivamente mujeres, siendo en todos los casos mixtos, y realizado sesiones esporádicas solo para ellas.

²⁴³ Actualmente y desde junio de 2005 el seguro del ISSSTE cubre tres días asegurados para alcoholismo y cinco para adicciones.

5. La recuperación: nuevas mujeres y viejos problemas

Descripción de los itinerarios terapéuticos

En el capítulo anterior ya respondimos a la pregunta ¿cuáles son las opciones de recuperación para mujeres con problemas de drogodependencia? Ahora veamos en este apartado como las mujeres utilizan esos servicios y bajo que condiciones.

Los itinerarios terapéuticos fueron reconstruidos en base a las experiencias narradas por las mujeres entrevistadas y en algunos casos se consultaron los expedientes médicos del Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. Estos casos contaron con mayor precisión en cuanto a la información descrita, mientras que los itinerarios terapéuticos que iniciaron años atrás no pudieron ser reconstruidos de igual forma, debido a que algunas mujeres habían olvidado los periodos de remisión²²⁶ y la temporalidad de los consumos pos remisión (CPR). Vera el lector que este apartado no tiene un valor etnográfico relevante, pero si puede ser un documento de gran utilidad, para ubicar y conocer los divergentes caminos que conducen hacia la recuperación desde una perspectiva asistencial.

1.- Itinerario terapéutico Alicia (2004-2005)

Edad de inicio: 22 años									
Droga (s) de inicio: alcohol, pastillas psicotrópicas y cocaína.									
Droga de impacto: crystal (dos años de consumo)									
Intervención 1	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 2	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 3	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 4
Hospital Cruz del Norte 15 días	1 mes	3 meses	H. Nava 6 días	1 día	1 mes	H. Nava 15 días	30 días	3 días	Hospital Cruz del Norte 20 días

²²⁶ En este contexto por remisión entendemos el período de tiempo que una persona se abstiene de consumir sustancias antes de volver a hacerlo y requerir posteriormente tratamiento.

“Yo siempre he sido bien alegre por naturaleza, la neta, ni necesito drogarme”, me dijo Alicia el día que la conocí en el hospital. Su pelo revuelto estaba teñido de rojo, sus grandes ojos buscaban más allá del azulejo blanco de la habitación, los sueños que continuarían al salir, los asuntos pendientes y el montón de deudas. La fotografía de sus hijos la hacía despegarse de la cama y revisar desde fuera el pedazo de casa que había levantado al lado del terrenito de su madre, la ropa limpia de los niños, la tarea y los frijoles: imaginaba ser la mujer que no había sido. Así pasaba el tiempo durante su internamiento; evitaba llevar la cuenta de los días, veía horas de televisión por la tarde, pero principalmente soñaba frente al muro blanco, sentada y entregada a la fantasía de su nueva vida: así la encontré durante aquella primera semana de mayo en que la conocí.

Me saludo acaloradamente, me dio la bienvenida a cualquier cosa que yo estuviera haciendo, si eso significaba hablar con alguien, pues se sentía sola. Aun tenía otra compañera, Enriqueta, que somnolienta miraba el encuentro entre Alicia y yo. Vestía un uniforme azul, grande y acartonado, donde su cuerpo parecía tan ajeno. Alicia, accedió a platicar rápidamente.

Ella es un escándalo, se define como la *oveja negra de la familia*, la *peor de todas*, pero ante todo como una mujer *cabrona* y alegre que le gusta divertirse. Tiene 32 años. Su vida sexual inició a los 14 años y fue madre por vez primera a la edad de 19. Hace un año, una tía la “vendió” a un *tirador* a cambio de un *doscientos* de crystal, ella todavía se pregunta, si acaso ese día, el expendedor la violó en el baldío. No lo tiene claro o no desea recordarlo. Ahora, dice ser tan *noviera* que en ocasiones amanece hasta con dos galanes, uno en cada brazo. Es madre soltera de cuatro hijos de ocho, cinco, once y trece años. Aunque intentó abortar en una ocasión, no logró hacerlo y se arrepiente de haberlo intentado. Vive con sus padres desde hace cinco años, cuando se separó del hombre con quién concibió a sus dos hijos más pequeños. Es originaria de un pueblo de la sierra de Sonora, su familia y ella llegaron a Hermosillo cuando aun era una niña.

Comenzó a utilizar drogas a los 22 años, después de divorciarse de su primera pareja, por despecho y desamor, me dijo. Para entonces, como todos sus hermanos, tomaba alcohol durante los fines de semana, con la diferencia de que ella consumía pastillas psicotrópicas ocasionalmente (*rivotril*). Más adelante comenzó a usar cocaína bajo el mismo patrón. Le

gustaba ponerse un *pericazo*²²⁷ para irse a los bailes de cumbia. Durante ese período, sus consumos estaban muy relacionados con la *fiesta*.

Desde hace dos años fuma crystal; se sentía gorda y lo utilizó como un método para bajar de peso, dice que *foco a foquito*, logro perder 12 kilos en dos meses. Actualmente no tiene empleo, aunque su vida laboral comenzó a los 13 años como empleada doméstica y ha desempeñado desde entonces múltiples labores, como: costurera, panadera y ayudante de cocina. También ha ejercido el trabajo sexual. Ella dice que nunca fue buena para la escuela, porque siempre fue muy *loca e hiperactiva* y que eso no le gustaba a los maestros. Estudió hasta el sexto año de primaria.

A finales del año 2004, tuvo algunos problemas familiares, pues se ausentaba por dos o tres días en largas parrandas a la *luz del foco*, es decir, consumiendo crystal. En una ocasión, su ausencia se prolongó por más de un mes y su familia comenzó a buscarla. La encontraron en un parque del centro de la ciudad. Llevaba días de deambular por ahí con el aspecto de una vagabunda enloquecida.

Ante el descuidado estado de Alicia, su familia la *obligó* a internarse *voluntariamente* en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte. El diagnóstico fue depresión e ideación suicida. Cuando salió, su familia ya estaba enterada de la existencia del Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, donde podían ayudarla, pues en el hospital psiquiátrico les advirtieron que era el mejor lugar para tratar el consumo abusivo de drogas que Alicia había desarrollado. Sin embargo debido a que sus familiares sabían que ella consumía drogas desde joven, ellos la visualizaban más como *enferma mental* que como *drogodependiente* y por ello acudieron antes al psiquiátrico.

Para Alicia su estancia en el hospital psiquiátrico fue negativa, la mayor parte del tiempo no entendía porqué estaba ahí, ni de qué manera podían ayudarla. Le asustaban las condiciones del lugar y la actitud de las internas, que según ella “estaban más locas”, porque bailaban desnudas y sucias, se subían a las bardas y la observaban mientras dormía. Incluso en una ocasión, una mujer le mordió el estómago, cuando Alicia estaba amagada a la cama.

²²⁷ Inhalar cocaína, en el argot local.

Un poco asustada, se mantuvo en remisión durante un mes y volvió a consumir un 31 de enero como parte de los festejos de fin de año. Mantuvo su consumo activo por tres meses, hasta que fue internada de nueva cuenta, esta vez, en el Hospital Nava. De nuevo, su hermana se ocupó de firmar como responsable de ella. Alicia pidió su alta voluntaria seis días después de ingresar. En su expediente decía literalmente que el motivo de su baja fue porque: “*no aguanta el encierro*”. También se mencionaban los problemas de conducta de su novio, quien al mismo tiempo estaba internado en el hospital. Ella dice que acordaron salir juntos y al día siguiente reanudó su consumo de crystal, de dos a tres *focos* por día, es decir una inversión de 150 pesos cada veinticuatro horas.

Pierde mucho dinero y la manera de conseguirlo, así que un mes después Alicia vuelve a internarse. Su pareja la convence de hacerlo juntos otra vez, pese a que las normas del hospital no lo permiten y aunque burlaron dos veces al equipo médico, una vez dentro los descubrieron. De nuevo su compañero tiene problemas de conducta, pues se molesta con una enfermera porque le han decomisado un juego de barajas. Le dan alta forzosa y él se retira de la institución, pero en esta ocasión Alicia continúa hasta cumplir 15 días, sale entonces sin terminar su tratamiento. Un día lo decide y pide su alta voluntaria, refería sentirse bien y tener muchas cosas pendientes por hacer afuera.

No asiste a grupos de ayuda mutua, porque dice que no son de su agrado y que no tienen nada que ofrecerle a ella. Se mantiene en remisión por un mes, hasta que asiste a una fiesta en donde consume crystal y continúa haciéndolo por tres días consecutivos. Su familia la busca y la encuentra en casa de una amiga. De ahí, nuevamente con engaños, la trasladan al Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, tras la advertencia de sus familiares de que dejara de frecuentar tales amistades y que abandonara sus experiencias de abuso, de lo contrario recibiría un escarmiento. Volver al hospital psiquiátrico fue una forma de castigar su conducta.

En todas las ocasiones sus internamientos fueron voluntarios, menos en el primer ingreso al Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte. Su hermana prodigó siempre la ayuda necesaria para sus intervenciones, fue ella quien corrió con los gastos económicos y quién se hizo cargo de las diligencias necesarias para procurarla durante el tratamiento. Alicia nunca pidió ser

intervenida ni buscó información para hacerlo por cuenta propia. Hasta enero del 2006, Alicia continuaba consumiendo crystal.

2.- Itinerario terapéutico Greta (2003-2004)

Edad de inicio: 18 años	
Droga (s) de inicio: marihuana, pastillas psicotrópicas y cocaína	
Droga de impacto: heroína (dos años de consumo)	
Intervención 1 2003	H. General (urgencias) 24 horas
Intervención 2 2003	H. Nava 27 días
Remisión	2 semanas
C. pos remisión	1 mes
Intervención 3 2003	Cruz Roja Algunos minutos
Intervención 4 2003	H. Nava 2 días
Remisión	1 mes
C. pos remisión	7 meses
Intervención 5 2004	H: Nava 1 semana
Remisión	1 mes
C. pos remisión	3 días
Intervención 6 2004	Cruz Roja Algunos minutos
Intervención 7 2004	H. General (urgencias) 24 horas
Intervención 8 2004	H. Nava 16 días
Consumo	22 días
Intervención 9 2004	Albergue fememil 3 meses
Grupo 1	Narcóticos Anónimos 1 mes

La conocí en casa de sus padres, donde me hizo pasar a su antigua habitación llena de graffittis y calcomanías de *punk*, *ska* y *hard core*: “*nada de eso se ha podido borrar*”, me comenta. Al fondo se leen las legendarias frases de *Sex Pistols*: “*Never mind the bollocks*” y “*Sex is violence*”. Greta siempre sonrío, es carismática y guapa, tiene un cuerpo atlético torneado por el ejercicio que practica desde niña. A sus 25 años, ha concluido una licenciatura en Administración de Empresas, además de ser instructora de aeróbicos. Su vida sexual, inicia a los 16 años. A los 17 años fue víctima de un abuso sexual y al saberse embarazada decidió abortar.

Comenzó a utilizar drogas por el gusto de experimentar y conocer, siempre con un sentido lúdico. Su padre, un usuario habituado de cocaína, disfrutaba de comentarle sus andanzas en las *grillas* y el *desmadre* de los sesentas, ella admiraba secretamente esa “parte” de la personalidad de su padre. Inició sus primeros consumos bajo la idea de que la droga le

prodigaría, según sus palabras: “*una identidad enigmática*”; asociando siempre la *libertad* y la *rebeldía* con sus experiencias psicoactivas.

Inició con un consumo regular de marihuana y ocasional de pastillas psicotrópicas. Un año más tarde comenzó a usar cocaína con un patrón de consumo cada fin de semana acompañado de alcohol. Al momento de las entrevistas Greta tenía cinco meses de embarazo y pocos meses de haber contraído matrimonio. Hasta entonces fue sostenida por sus padres, quienes viven juntos y son educadores. No ha tenido una vida laboral muy activa, a excepción de un par de ocasiones en que trabajó como instructora de aeróbicos. Durante sus experiencias de abuso ella vivía en la casa familiar, con sus padres y su hermana menor.

Greta era poliusuario, esto es, combinaba el uso de diferentes sustancias, principalmente heroína con pastillas psicotrópicas, alcohol, L.S.D. y éxtasis. Su itinerario terapéutico inicia en 2003, entonces ya era consumidora habituada de heroína, la cuál suministraba vía intravenosa, con un consumo inicial de un papel (dosis) cada tres días y uno final de tres a cuatro dosis diarias, siempre y cuando contara con el dinero y el expendedor.

Después de sufrir una sobredosis, llega a su primera intervención, conducida en una ambulancia a la sala de urgencias del Hospital General, donde permaneció 24 horas, ya estable, fue canalizada al Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, donde permaneció 27 días hospitalizada. Sale por alta forzosa después de ser descubierta besándose con un joven interno. Al salir se mantuvo en remisión por dos semanas, bajo la estricta supervisión de su familia.

Para entonces aun era estudiante universitaria y por las mañanas -en los días de escuela, veía a hurtadillas a su entonces pareja, también usuario de drogas, habituado especialmente a la heroína. Reanudó su consumo y lo prolongó por un mes más, hasta que la encontraron desmayada en un lugar público, nuevamente a causa de una sobredosis.²²⁸ La Cruz Roja la condujo directamente al Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, donde estuvo internada por 48 horas. Al salir se mantiene en remisión por un mes y durante ese

²²⁸ El riesgo de sobredosis aumenta cuando la heroína se consume con otras sustancias, cuando se ha tenido un período prolongado de abstinencia o a causa de la pureza o condición de la sustancia.

tiempo evita –esta vez por convicción propia- reunirse con sus antiguos amigos y con quien fuera su pareja, que era también músico en una banda de *punk*.

Reanuda el contacto con la vendedora de heroína, ahora sola. Prescinde entonces de sus amistadas para *conectar*, prolongando su consumo por siete meses. Entonces su dependencia recrudece, las dosis se multiplican, comienza a sufrir los estragos físicos de la malilla: sudoración, calambres y dolor en las extremidades, escalofríos, palpitaciones, e insomnio aunado a la ansiedad y la obsesión. Sufre cuando no tiene posibilidad de conseguir sus dosis de heroína, sobre todo cuando escasea en la ciudad y nadie sabe donde conseguirla. Durante ese tiempo también tiene prácticas de riesgo, intercambiando jeringuillas y abusando de sustancias diferentes, siempre combinadas, como una forma de automedicación ante la necesidad de prolongar o incrementar la sensación eufórica que iba descendiendo a medida en que incrementaba su tolerancia. Ella definía este período como el “*fondeo de fondeos*”.

Al ver que la heroína vuelve a escasear y ante el miedo del síndrome de abstinencia, decide internarse. Recurre entonces a su familia para ser intervenida por tercera vez en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, durante una semana. Entonces recibe el diagnóstico de desorden de personalidad tipo “*borderline*”. Después de un mes de abstinencia, vuelve a consumir diversas drogas (cocaína, éxtasis, marihuana), sosteniéndose de esta forma por 36 horas, cuando aun hay escasez de heroína en la ciudad. Por esos días Greta logra conseguir una buena dosis de heroína y decide suministrársela en casa de sus padres. Sufre una nueva sobredosis y su madre la ve desmayada a través de la ventana, echan la puerta abajo y conducen a Greta en ambulancia al Hospital General, donde permanece 24 horas, para después ser canalizada al Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz por 16 días.

En ese punto de su itinerario terapéutico, ella reconocía que estaba cansada y muy deprimida. Decide aprovechar los 16 días de desintoxicación en el hospital y pretende terminar el tratamiento, pero por segunda ocasión es sorprendida besando a otro chico, también interno. La suspenden. Justificando su conducta, ella me explicaba que la ansiedad le provocaba la necesidad imperiosa de *al menos un beso*.

Con el fin de mantenerse alejada de la heroína, sustituye su consumo por el de otras drogas, como cocaína, marihuana y L.S.D. con éxtasis, conocido localmente como *candy fly*. Sin embargo, días después, Greta se inyecta de nuevo, pero con menor frecuencia y cantidad que la vez pasada. Comienza a sentir miedo de engancharse otra vez y busca de nuevo la ayuda de su familia, quienes ya tenían una opción diferente al hospital para ella.

Ingresa entonces al Albergue femenino La Posada del Buen Samaritano, cumpliendo una estancia de tres meses. Al llegar no presenta la sintomatología de un síndrome de abstinencia agudo, pues cuida de no engancharse esta vez. Al salir acude por un mes a un grupo de ayuda mutua y lo deja porque no logra sentirse identificada. Cuando deja de asistir conoce a su actual pareja, un hombre que nunca ha utilizado drogas ilegales, con quien bebe cerveza de manera ocasional y fuma tabaco. Cinco meses después, sin planearlo, queda embarazada y decide casarse.

Al momento de las entrevistas no consumía ningún tipo de droga y/o alcohol. En todos los casos sus internamientos fueron voluntarios, sus padres corrieron con los gastos del Albergue femenino y en cuanto al hospital la cuenta fue saldada por un seguro social médico. Ella si buscó ayuda de manera personal a través de la *internet* y el directorio telefónico, también telefoneó al hospital Nava para conocer su programa. Á dejado de escuchar a *Sex Pistols* y de bailar *ska*.

3.- Itinerario terapéutico Abril (1992-2005)

Edad de inicio: 27 años							
Droga (s) de inicio: tabaco, alcohol, pastillas psicotrópicas y cocaína							
Droga de impacto: crystal (dos años de consumo)							
Intervención 1 1992	Consumo	Intervención 2 1999	Intervención 3 1999	Intervención 4 2004	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 5 2005
H. Nava 22 días	7 años	1999 10 días	Hospital Cruz del Norte 23 días	H. Nava 2 días	3 meses	5 meses	H: Nava 15 días

Aunque ha vivido la mitad de su vida en Hermosillo, Abril es originaria de Tijuana, Baja California, de donde llegó con el objetivo de dejar atrás un pasado de violencia, que vivió al lado de su ex-esposo. Pero la fuga geográfica no se llevó el recuerdo y a sus 40 años, las alucinaciones auditivas y visuales, que iniciaron a sus 25 años continúan: ve que su ex-esposo la persigue para golpearla.

Fue violada a los seis años por uno de sus medios hermanos, quién volvió a violarla a los 11 años y siguió esto hasta los 13 años de edad. El agresor falleció por cirrosis hepática, pero esto no sofocó la ira que ella aun expresa contra su hermano y contra los hombres en general. Actualmente vive en unión libre y esta divorciada, tiene cuatro hijos de 25 (hombre), 22 (mujer), 20 (mujer) y 14 años (hombre). Solo el menor vive con ella y su pareja. Abortó dos veces, en 1987 y 1990. Estudió hasta sexto de primaria, sintiéndose siempre incompetente para *esas cosas*.

Inicia en el consumo de sustancias a los 27 años, con un patrón de cada fin de semana de tabaco, cocaína y alcohol. Las utilizaba principalmente como estimulantes, para rendir más en el trabajo, relajarse y ser más eficiente, sin llegara aburrirse. Desde hace seis años fuma una caja diaria de cigarrillos *Marlboro* blancos y desde hace dos años consume crystal. Ella considera que su dependencia más grave es el tabaquismo.

Al momento de entrevistarla, era su cuarto internamiento en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. Su itinerario terapéutico inicia en 1992, después del nacimiento de su último hijo. Fue internada durante 22 días en el entonces Hospital psiquiátrico Dr.

Carlos Nava Muñoz, cuando aun recibían indistintamente pacientes con trastornos psiquiátricos y adictivos. Sus padres y su entonces pareja, la presionan para internarse de manera *voluntaria* en el hospital, después de encontrarla tras una ausencia de tres meses, justo cuando su hijo menor tenía cuatro meses de edad. Huyó con un hombre que tras su internamiento nunca volvió a ver. Ella decía estar muy enamorada de él y aun hoy en día guarda resentimiento contra su familia por “*alejarse de la oportunidad de ser feliz*”.

En su primera intervención ella se declaró dependiente a la cocaína, el tabaco y el alcohol; entonces se manejó el diagnóstico de “depresión”, pues ocultó sus alucinaciones a los médicos y a la familia. Se mantuvo en remisión por un año y después continuó consumiendo las mismas sustancias, pero aumentando su dependencia al tabaco en los últimos años.

En 1999 llegó de nuevo al Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz y después de 10 días de internamiento fue canalizada al Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte ya que sus alucinaciones habían recrudecido y su familia ya tenía conocimiento de ellas. Estuvo internada en el psiquiátrico durante 23 días, y recibió el diagnóstico de “esquizofrenia paranoide”. Ella dice que no esta loca y que *simplemente no es feliz*.

Durante tres años Abril continuó con un consumo llevadero de cocaína, alcohol y tabaco, hasta el 2003 cuando conoció el crystal. Desde entonces sus problemas comenzaron a incrementarse, perdió propiedades y mucho dinero y en el 2004 se internó de nuevo por dos días en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, la dieron de alta forzosa al encontrarla fumando un cigarrillo de manera clandestina. Al salir, se mantuvo en remisión por tres meses, tiempo que duró trabajando en Estados Unidos como camarera de un hotel.

Cuando vuelve a Hermosillo reanuda su consumo, ahora exclusivamente de crystal y tabaco, sosteniéndose así durante cinco meses. En 2005 vuelve de nuevo al hospital Nava. Decía tener la convicción de salir adelante, pero vuelve a ser sorprendida fumando cigarro. Para Abril su dependencia al tabaco implica uno de los mayores problemas durante sus ingresos al Hospital Nava, ya que en el hospital no se permite fumar y el medicamento no parecía relajarla en este sentido. La ansiedad que le provoca la abstinencia del tabaco, generalmente era el motivo de sus altas forzosas o voluntarias. Nunca asistió a grupos de

ayuda mutua, pues considera a sus miembros como “*fanáticos que cambian una droga por otra* (el grupo)”. Cuando pensó que necesitaba ayuda y al saber que probablemente su familia tomaría la decisión de intervenirla, buscó información en el directorio telefónico y llamó al Hospital Nava solicitando información sobre su programa terapéutico. Considera, como el caso anterior, que la información fue imprecisa y difícil de obtener, pues vía telefónica, las trabajadoras sociales dan muy pocos datos, es necesario ir físicamente, lo que nunca se le hizo fácil.

4.- Itinerario terapéutico Xaviera (2005)

Edad de inicio: 20 años Droga (s) de inicio: crystal Droga de impacto: crystal (1 año y ½)	
Consumo	Intervención 1 2005
1 año y ½	H. Nava 28 días

Xaviera es una mujer sensible, práctica y sencilla, tiene 22 años. Se dedica al hogar y disfruta de escuchar la radio y de asistir a los bailes gruperos, pues se considera una gran bailadora. Comenzó a utilizar crystal un año y medio antes de su primer y hasta ahora (2006) único internamiento. Ella es madre de un varón de 4 años, al que tuvo cuando tenía 18 años, esta casada y vive en un fraccionamiento peligroso y marginal, ubicado en una zona periférica de la ciudad, donde, pese a la distancia, cuenta con todos los servicios. Según dijo, su sueño es terminar la secundaria y dedicarse de lleno a cuidar a su pequeño hijo.

Para ella el crystal significó un remedio efectivo para sus problemas del vivir, asociados principalmente a la depresión de considerarse y sentirse gorda. Su crisis de imagen recrudeció, cuando descubrió los amoríos de su esposo con una chica, según sus palabras, “muy delgadita”. Para ella el crystal es un método infalible para bajar de peso, logró perder 10 kilos los primeros tres meses y al momento de su internamiento había conseguido perder 16 en total.

Se negaba a hablar de la utilidad que encontró en el crystal con los médicos y terapeutas, porque según ella un médico le dijo que su motivación era una tontería. La diagnosticaron con depresión y distimia.

Finalizó el tratamiento después de 28 días y continuó yendo a terapia grupal por las tardes dos veces por semana en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz durante un mes, aunque las sesiones terapéuticas grupales para la prevención de recaídas se llevan a cabo todos los días, Xaviera solo podía asistir cada cuatro o tres días, ya que de su casa al hospital tenía que emprender un viaje de casi dos horas. No solo transportarse le resultaba difícil, tampoco contaba con alguien que cuidara de su hijo. Su pareja, un hombre de 23 años, también usuario de crystal, le prometió internarse si ella cumplía su proceso en el hospital, así que dos semanas después el hombre se internó, pero se dio de baja voluntaria argumentando que lo habían golpeado y encerrado en una sala de castigos, lo cuál era más bien una excusa para desistir del tratamiento. Ella nunca le creyó, pues jamás vio que se ejerciera violencia física contra ningún interno del hospital. Su pareja continuó consumiendo y en los días posteriores a su internamiento Xaviera guardaba, olía y cuidaba las dosis de su pareja en casa.

Conviviendo con él, sabía cuando éste se encerraba en el baño a fumar crystal. Ante la angustia y ansiedad por volver a consumir Xaviera comenzó a asistir a una fraternidad cristiana. Su principal motivación para reanudar el uso de crystal sería recuperar el peso perdido y en todo caso utilizar de nuevo la metanfetamina para adelgazar.

Después de casi tres meses de dejar el hospital Xaviera solo reconoció haber fumando en dos ocasiones crystal, en dosis muy bajas y en días diferentes. Xaviera nunca ha utilizado otro tipo de drogas, ni legales ni ilegales, aunque su padre y su esposo son usuarios de crystal y otras sustancias. Nunca solicitó ayuda de manera personal a los centros de atención y tratamiento de drogodependencias.

En una comunicación cercana a la publicación de esta tesis, Xaviera, admitió haber recaído, al sentirse gorda otra vez. Justifico su depresión, diciéndome que su esposo, la humilla constantemente por su apariencia física. Ella mide 1 metro con 70 centímetros y actualmente pesa 65 kilos, (su peso habitual fluctúa entre 70 y 75 kilos).

5.- Itinerario terapéutico La Wera (2004-2005)

Edad de inicio: 16 años Droga (s) de inicio: cocaína, alcohol, marihuana, pastillas psicotrópicas Droga de impacto: crystal (2 años)							
Intervención 1 1995 <i>antecedentes</i>	Intervención 2 2004	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 3 2004	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 4
Diagnóstico Déficit de atención e hiperactividad	Anexo 1 mes y 1/2	2 días	7 meses	H. Nava 1/2 día	1 día	2 semanas	Albergue femenil 3 meses

Lloraba inconsolable sobre la cama, hacia apenas unos minutos la había visto pasar acompañada por su esposo hasta el área de mujeres. Ahora estaba sola. Su figura era escuálida, estaba pálida y ojerosa y sollozaba como una niña. Le venía tan grande el uniforme que le caía por los hombros, dejando al desnudo el hueso del hombro, de donde resaltaba un tatuaje *pintero*.²²⁹ unas iniciales borrosas escritas por una gaviota. Sus ojos eran muy claros y entre la tormenta del llanto tomaban una profundidad misteriosa. Se acercó Xaviera y le pregunto porque lloraba. Ella decía con insistencia: “me tengo que ir” y se movía de un lado a otro. Era su primer internamiento en el Hospital Nava y apenas duró unas horas.

La Wera es originaria del puerto de Guaymas, una localidad cercana a Hermosillo (a una distancia de 80 minutos en automóvil). Es una mujer de 22 años y cuenta con cuatro intervenciones en un período de 18 meses, tres de ellas en la ciudad de Hermosillo. Su itinerario terapéutico tiene antecedentes en su infancia, cuando a la edad de 11 años La Wera recibió la diagnosis de *Déficit de atención e hiperactividad*, caracterizándose desde entonces y a decir de sus familiares como una niña rebelde. Ella se asume como una mujer problemática e ingobernable.

²²⁹ Carcelero, en el argot loca.

Tuvo múltiples problemas escolares, hasta que desertó en primero de secundaria, con la intención de trabajar. Conoció entonces a su actual esposo, con quién tuvo un hijo a los 17 años. Nunca ha trabajado de manera formal; durante el último año ha realizado intercambios sexuales con expendedores u otros usuarios de la metanfetamina.

Comenzó a utilizar drogas a la edad de 16 años. Entonces utilizaba de manera ocasional cocaína en contextos lúdicos y de ocio, como fiestas y más adelante todos los fines de semana. Inicia utilizando cocaína y alcohol y más tarde a fumar marihuana. A la edad de 18 años intenta bajar de peso con pastillas psicotrópicas *rivotril*. Entonces logra perder cinco kilos pero el efecto de las pastillas no le era placentero y dejó de consumirlas.

A los 20 años La Wera conoce el crystal y paulatinamente comienza a utilizarlo. Cuando lo identifica como el método ideal para perder peso y conservarse delgada, La Wera sustituye su consumo habitual de alcohol y cocaína por el de crystal. Su padre es un hombre que vive solo desde que la madre de La Wera intentó matarlo y huyó a Tijuana. Ella se crió con su abuela, y volvió a ver a su madre –que toda su vida se dedicó al trabajo sexual– unos meses antes de morir a causa de una cirrosis hepática provocada por el alcoholismo, al encontrarse, le dijo: “¿*tu eres loca, no?*”. Su padre, también alcohólico, utiliza otras drogas como crystal y cocaína.

Su primera intervención se llevó a cabo durante los primeros meses del 2004, en un anexo del puerto de Guaymas, atendiendo a las amenazas de su padre quien le había advertido que la metería en uno de esos lugares para ver si así cambiaba. Ahí permaneció un mes y medio, en un pequeño cuarto de la casa habilitada como anexo. Para lograr salir, ella se golpeo de manera conciente la cabeza y así consiguió que la canalizaran a la sala de emergencias de un hospital en Guaymas.

Una vez afuera, solo pasaron dos días para que consumiera de nuevo crystal y se mantuvo así durante siete meses. Para entonces su padre, su pareja y su tía habían buscado informes sobre un tratamiento que pudiera serle útil a La Wera. La convencen de ingresar al Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. Su esposo maneja hasta Hermosillo y La Wera ingresa al hospital por la mañana. Cuando llega, llora inconsolablemente por horas, hasta que decide pedir su alta voluntaria. Vuelve a Guaymas el mismo día pero su padre y su pareja la reciben furiosos, después de recibir una llamada del hospital. Ella se

escabulle de casa por casi dos semanas y vuelve para plantear a su familia una tregua. Desaparece por dos días más, hasta que vuelve cooperativa y receptiva, con el propósito de internarse en el Albergue femenino La Posada del Buen Samaritano, tal y como sugerían sus allegados. Concluyó el tratamiento por tres meses. La Wera no se ha incorporado a ningún grupo de ayuda mutua y no tengo datos sobre su proceso después de salir del Albergue femenino. Cuando la conocí ella pasaba 45 kilos y medía 1.65 metros de altura, estaba visiblemente demacrada por el uso de metanfetamina, presentaba muchas manchas y escarificaciones en la piel a causa del crystal y su menstruación tenía más de cinco meses suspendida a causa del bajo peso. Nunca pidió ayuda, ni informes.

6.- Itinerario terapéutico Sonia (2003-2005)

Edad de inicio: 17 años							
Droga (s) de inicio: alcohol y tabaco							
Droga de impacto: alcohol y cocaína							
Grupo 1 2003	Intervención 2 2003	Remisión	Consumo pos Remisión	Grupo 2 2004	Grupo3 2004	Grupo 4 2005	Remisión
AL-ANON 3 meses	Anexo 1 mes y ½	2 meses	3 semanas	Alcohólicos Anónimos 5 meses	Narcóticos Anónimos 7 meses	Narcóticos Anónimos 10 meses	1 mes y ½

Sonia es una mujer de 27 años, independiente y trabajadora. Comparte con una amiga una casa de renta en un espacio céntrico de la ciudad. Es originaria de Empalme, un poblado mediano, dedicado a la pesca, ubicado al sur de Sonora. Radica en Hermosillo desde hace 12 años, cuando se mudó con unos parientes con el proyecto de estudiar y trabajar en la capital del Estado. Fue violada a los 13 años por un “novio”, iniciado de esta forma sus prácticas sexuales. Su vida laboral inicia también a esa edad, como empleada doméstica, ayudante en una pescadería y empleada de mostrador. Al cumplir 18 años comienza a trabajar en bares como mesera. Empleo que abandonó mientras formaba parte de A.A. y

N.A., ya que sus compañeros de agrupación lo consideraban un factor de riesgo para la *recaída*. Entonces se autoempleaba vendiendo productos de belleza.

Inició en el consumo de drogas a la edad de 17 años, en ese tiempo consumía alcohol y tabaco. Un año más tarde comenzó a utilizar cocaína, sustancia de la que ha sido usuaria por ocho años.

Su itinerario terapéutico comienza en el 2003, cuando asistía al grupo de ayuda mutua AL-ANON para familiares o allegados de personas que tienen problemas con alcohol y/o otras drogas. Ella acudía con la esperanza de ayudar a su entonces pareja. Tres meses después, Sonia reconoce que ella también tiene problemas de drogodependencias y aconsejada por su entonces pareja, quién era usuario de heroína, ingresa a un anexo en la ciudad de Hermosillo y cumple una estancia de un mes y medio.

Se mantiene en remisión durante dos meses y sin asistir a grupos de ayuda mutua, hasta que reanuda el consumo en dosis bajas de alcohol y cocaína sosteniéndolo por tres semanas. Un poco confundida sigue el consejo de quienes fueran sus padrinos²³⁰ en el anexo y se incorpora a su primer grupo de ayuda mutua para Alcohólicos Anónimos donde se sostiene durante cinco meses con consumos muy esporádicos de cocaína, pero incrementa notablemente el consumo de tabaco y café, llegando a fumar una cajetilla diaria y a tomar cinco tazas de café.

No llega a sentirse identificada con el grupo, pues sesionaban en su mayoría adultos mayores y alcohólicos. Se incorpora entonces a su tercera agrupación, ahora en Narcóticos Anónimos, donde encuentra buenas amistadas y logra adaptarse bien, permaneciendo en este grupo por siete meses. Al cambiar de residencia cambia de grupo, ingresando nuevamente a una congregación de Narcóticos Anónimos durante 10 meses. Fue entonces que conoció a su actual pareja, un hombre casado, también miembro de la agrupación.

En los tres distintos grupos a los que acudió durante su recuperación asumió prontamente cargos operativos y múltiples servicios. Cuando el grupo se enteró de que Sonia salía con un compañero de la agrupación fue expulsada del grupo. El hombre, no fue suspendido.

²³⁰ No solo en las agrupaciones de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos existen padrinos y madrinas. Ellos son quienes fungen como consejeros y acompañantes del proceso de recuperación que emprenden hombres y mujeres bajo la metodología de Los Doce pasos.

Ellos actualmente siguen juntos, aunque lo han ocultado. Actualmente ella bebe alcohol de manera ocasional, y su consumo de tabaco á disminuido a una cajetilla por semana. Después de ser expulsada, comenzó a trabajar otra vez como mesera.

7.- Itinerario terapéutico Lucita (1994-2005)

Edad de inicio: 14 años Droga (s) de inicio: alcohol y tabaco Droga de impacto: heroína									
Intervención 1 1994	Intervención 2 1994	Intervención 3 1995	Intervención 4 1995	Resiliencia Grupo religioso 1995-2001	Consumo pos remisión	Intervención 5 2003	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 6 2005
Hospital Cruz del Norte 1 semana	Hospital Nava 2 semanas	Anexo 2 meses	Hospital Nava 11 días	6 años	2 años y ½	Anexo 1 mes	1 meses	2 años	Anexo 3 meses

Lucita es una mujer flaca y morena, curtida por tanto andar bajo el sol jineteando la droga. Es una devota, creyente del espíritu santo y de Cristo, a quién trae tatuado sobre su huesuda espalda. Es una mujer de 41 años, que ha sido usuaria de heroína los últimos años de su vida, con períodos de abuso y remisión. Desertó de sus estudios en sexto de primaria, para ayudar en la casa. Ella no cuenta con ningún tipo de seguro médico.

Comenzó a utilizar heroína en el verano de 1989, entonces tenía 25 años y ya era madre de tres de sus cuatro hijos. Su primer hijo nació cuando ella tenía 17 años. Desde antes de los 15 años Lucita ya bebía cerveza de manera ocasional y fuma tabaco desde entonces. Ha consumido pastillas psicotrópicas, marihuana, cocaína e inhalables, pero actualmente es una usuaria habituada a la heroína, la que procura consumir sin combinarla con otras sustancias.

Lucita ha vivido períodos de remisión y ha logrado suspender el consumo de heroína durante largos períodos. Cuando ha requerido ayuda médica frente a un síndrome de abstinencia recurre comúnmente a la automedicación con pastillas psicotrópicas, marihuana y alcohol. Emplea *rivotril*, *diazepam* o *valium*, *sinogan*, *darvón* y

carbamacepina, entre otras, teniendo en cuenta la disponibilidad de las pastillas en el mercado negro o entre otros consumidores de heroína que intercambian drogas psiquiátricas o recetas. Sus “*protocolos*” son muy parecidos a los protocolos que se aplican en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava, donde dice haber aprendido a utilizar los medicamentos para contrarrestar la llamada Malilla.

Para ella las drogas fueron parte de su vida desde que era una niña, sus padres vendían marihuana y pastillas psicotrópicas y más tarde sus hermanos se dedicaron a la venta de cocaína.

Fue madre soltera desde los veinte años. Durante sus primeros años de consumo aun se mantenía en diversos trabajos, como conserje en una escuela, cocinera y como obrera en una maquiladora de juguetes. Desde hace ocho años no puede sostenerse en un empleo por más de un mes, a causa de su grave dependencia a la heroína.

1994 fue el año de su primera intervención. Su familia la concebía no como una *toxicómana*, sino como una *enferma mental*, fueron sus padres y hermanos los que insistieron en llevarla al Hospital Cruz del Norte donde estuvo internada durante una semana. Ese mismo año Lucita fue intervenida de nuevo pero esta vez en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz durante dos semanas. Ella solicitó ayuda a su familia, después de tres días en los cuáles la heroína se había escaseado en la ciudad.

Reanuda su consumo al salir del Hospital Nava, hasta que en 1995 es intervenida por tercera vez en un anexo, donde permanece por casi dos meses. Durante todo el año 1995 Lucita comienza a combinar el consumo de heroína con pastillas psicotrópicas diversas, con el fin de prolongar los efectos y retardar el síndrome de abstinencia, ahora que procuraba consumir una dosis diaria.

En 1995 conoce a un hombre mayor del que se enamora y quien consigue que Lucita participe en un grupo Pentecostés. Deja de consumir por seis años, en los cuáles recupera a dos de sus hijos y vive en casa de su entonces pareja. A finales del año 2001 el hombre muere y los familiares de él la desalojan de la casa que habitaran juntos. Comienza a consumir alcohol después de la muerte de su pareja y abandona el grupo religioso.

Reanuda su consumo de heroína por dos años y medio en los cuáles pierde las redes de familiares y de amigos que la ayudaban cuando era internada en el hospital. Durante esos años, realiza todo tipo de transacciones para vivir, incurriendo en el robo y la mendicidad. Para entonces vivía con una tía materna en una colonia popular de Hermosillo, pero también pasaba temporadas pernoctando en la calle o casas deshabitadas. A mediados del 2003 Lucita sufre un accidente y es atropellada por un automóvil. Busca ayuda con su tía quien la asiste en su casa por algunos días, hasta que interviene para ingresarla a un anexo, donde se alberga durante un mes, sufriendo como nunca los síntomas del síndrome de abstinencia: fiebre, escalofríos, artralgias (dolor de las articulaciones), espasmos musculares (principalmente de las extremidades), dolor de estómago, náuseas y delirios agudos. Se le medicó con paracetamol y suero oral, enfrentó sin otro tipo de medicamento los síntomas de la abstinencia, prologándose estos por 20 días.

Al cabo de un mes, sale del anexo y se mantiene en remisión durante otros treinta días, para reanudar posteriormente su consumo de alcohol, marihuana y pastillas psicotrópicas. A mediados del 2004 consume de nuevo heroína, suministrándose una dosis por día; para la primavera del 2005 ella se aplicaba tres dosis diarias. Es intervenida por sexta vez, en el mismo anexo y bajo las mismas carencias medicamentosas, pero esta vez su estancia es de tres meses. No se tienen datos de ella al salir del centro rehabilitador. Algunos creen que esta desaparecida.

8.- Itinerario terapéutico Carmen (1983-2005)

Edad de inicio: 28 años Droga (s) de inicio: alcohol Droga de impacto: alcohol				
Consumo 1963-1983	Grupo 1 AL-ANON 1983 - 1984	Grupo 2 Alcohólicos Anónimos 1984- 1990	Grupo 3 Alcohólicos Anónimos 1990-1994	Grupo 4 Alcohólicos Anónimos 1994-2005
20 años	1 año (continuaba bebiendo)	6 años	4 años	10 años

Carmen tiene actualmente 68 años. Vive con su esposo y su hija menor. Estudió y terminó la primaria. Tuvo cuatro hijos, dos mujeres y dos hombres, con su esposo, el hombre con quien ha estado casada por más de cincuenta años. Él es alcohólico, comenzó a beber a los 18 años y no ha dejado de hacerlo hasta ahora. De sus cuatro hijos, tres han tenido problemas con el alcohol y solo dos de ellos han acudido a Alcohólicos Anónimos, sus dos hijas, quienes como ella, llegaron a A.A. a través de AL-ANON. Bebe desde los 28 años y dejó de hacerlo a la edad de 48 años. Tal como ella lo dice, durante los años de crianza de sus hijos.

Ingreso en 1983 a la agrupación de AL-ANON con el objetivo de ayudarse y ayudar a su esposo. Para entonces su hija ya comenzaban a beber y los dos varones ya eran alcohólicos. Asistió durante un año en el grupo para familiares de alcohólicos; mientras tanto, ella continuaba bebiendo. Más tarde se convenció de que ella también tiene un problema con su manera de beber e ingresa a un grupo de Alcohólicos Anónimos de 24 horas, deja de beber y se mantiene de esta forma durante 22 años; los seis primeros permanece con el grupo que le dio la bienvenida a A.A., donde desempeña numerosos servicios y funge como delegada del comité Sonora, secretaria de distrito y también amadrina a nuevos miembros de la agrupación.

Cuando el grupo se clausura Carmen busca otro nuevo y permanece en esa agrupación durante cuatro años. Ahí organiza y participa en el primer comité de mensaje a la mujer en el estado, trabajando en hospitales y centros penitenciarios del estado.

En 1994 se convierte en miembro fundador del grupo al que ahora pertenece. Carmen asiste a diferentes grupos durante la semana y participa de todos los eventos estatales y nacionales relacionados con Alcohólicos Anónimos. Su aportación a la agrupación en Sonora es destacada y actualmente es un miembro popular y distinguido de la misma. Su esposo y sus hijos varones aun consumen alcohol. Su hija tiene siete años en recuperación sostenida a través del grupo de ayuda mutua.

9.- Itinerario terapéutico Susi Jó (2003-2005)

Edad de inicio: 17 años											
Droga (s) de inicio: cerveza, tabaco, cocaína.											
Droga de impacto: crystal (2 años)											
Intervención 1 2003	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 2 2004	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 3 2004 canalización	Intervención 4 2004	Remisión	Consumo pos remisión	Intervención 5 2005	Grupo 1
H. Nava 17 días	1 mes	5 meses	Anexo 2 semanas	2 días	3 semanas	H. Nava 10 días	Albergue femenino 1 mes	2 semanas	10 meses	Albergue femenino 3 meses	Alcohólicos Anónimos 2 meses

Susi Jó tiene 25 años de edad. Estudio hasta segundo año de preparatoria, cuando dejó la escuela para trabajar. Es madre de una niña de siete años. Hace cuatro años se provocó un aborto con pastillas *cytotec*, introduciéndose dos comprimidos vía oral y otros dos vía vaginal.

Inició en el consumo de sustancias a los 17 años, entonces solo bebía cerveza y fumaba tabaco los fines de semana; antes de embarazarse comenzó a utilizar cocaína y suspendió su uso al saberse encinta. Continuó en abstinencia hasta que su hija cumplió un año y medio. Volvió a beber cerveza y a fumar tabaco, a lo que más tarde añadió cocaína en dosis pequeñas. Su entonces pareja consumía cocaína y años más tarde comenzó a utilizar

crystal. Susi Jó no vive con su esposo desde el 2003, cuando se mudo con sus padres, pero cuando tenía problemas con ellos, habitaba ocasionalmente la casa donde había vivido con su ex-pareja, con quién siempre acude cuando tiene problemas.

Ella conoció el crystal hace dos años. Cuando supo de las posibilidades de bajar de peso empleando crystal comenzó a fumarlo y consiguió pesar 45 kilos. Ella es una chica que mide aproximadamente 1.65 y pesa normalmente entre 60 y 62 kilos, pero con el crystal logra sostenerse con 50 kilos.

Si itinerario terapéutico inicia en el verano del 2003 con una estancia de 17 días en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. Llegó al hospital gracias a su padre, quien le saco un seguro médico falso para ella y su hija, con lo que cubrió los gastos del internamiento.

Ya antes ella había buscado información en el directorio, el periódico y entre otros consumidores, al saber que su familia y su ex pareja tenían el proyecto de intervenirla. Se mantuvo en remisión por un mes, para reanudar su consumo durante cinco meses.

A inicios del 2004 su ex pareja solicito la ayuda de sus padres para internar a Susi Jó en un anexo, pero su padre que nunca estuvo de acuerdo, la saco del lugar a las dos semanas de estar ahí. Para ella fue una experiencia dolorosa y humillante y no desea volver a un centro rehabilitador de este tipo. Después de dos días reanudó su consumo por tres semanas.

Ella acudió con su padre, con la intención de ingresar de nuevo al Hospital e Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz ante las amenazas de su ex-pareja, quién le advertía que la demandaría ante el DIF por abandono y maltrato. Durante los primeros tres días estuvo en la unidad de cuidados especiales para después pasar a la unidad de desintoxicación en el mismo hospital. Diez días más tarde fue canalizada al albergue femenino La Posada del Buen Samaritano donde estuvo internada durante un mes.

Al salir se mantiene en remisión por dos semanas y reanuda su consumo sosteniéndolo durante 10 meses, en los cuáles tiene múltiples problemas con su familia y su ex-pareja. Cuando decide aplicar para vivir en la casa de medio camino del albergue femenino, es rechazada por no haber cumplido adecuadamente con el tratamiento. Fue entonces que el DIF intervino y dio seguimiento a la denuncia que se ex-pareja había interpuesto en la Procuraduría para la defensa del menor y la familia.

Al cabo de dos semanas un hombre y una mujer del DIF se presentaron en su domicilio y después de un interrogatorio, le dejaron una orden para que se presentara en sus oficinas. Susi JÓ reaccionó con sorpresa. Tuvo miedo y dejó pasar dos semanas hasta que recibió un nuevo comunicado, entonces se presentó. Se le planteó que era posible que perdiera la custodia de su hija si no ingresaba a un programa terapéutico. Ella fue cooperativa, pero estaba furiosa. Entonces es intervenida por quinta vez (2005), esta vez en el albergue femenino La Posada del Buen Samaritano. Donde permanece por casi tres meses. Al salir se incorpora a un grupo de Alcohólicos Anónimos al que acude por casi dos meses. Actualmente vive con su hija y sus padres y se ha mantenido en remisión. Ella sí buscó la información y ayuda para ingresar al tratamiento. Sin embargo, ella significa su proceso terapéutico como un fracaso, por no haber terminado en tiempos y forma adecuada su tratamiento. Ella sale ante la presión de su familia y del padre de su hija, porque vuelva a los cuidados de la niña.

10.- Itinerario terapéutico Bruma (2002-2005)

Edad de inicio: 16 años	
Droga (s) de inicio: pastillas psicotrópicas, alcohol y marihuana.	
Droga de impacto: pastillas psicotrópicas y heroína.	
Intervención 1 2002	H. Nava 20 días
Intervención 2 2002	Hospital Cruz del Norte 10 días
Consumo	1 año
2 consultas con psiquiatra particular	
Intervención 3 2003	H. Nava 5 días
Consumo	2 semanas
Intervención 4 2003	Anexo 3 meses
Grupo 1 2004	Narcóticos Anónimos 4 meses
Remisión	5 meses
Intervención 5 2004	Hospital Cruz del Norte 14 días
Consumo	5 meses y 1/2
Intervención 5 2005	H. Nava 28 días
Grupo 2 2005	Alcohólicos Anónimos 2 meses

Bruma es una mujer de 22 años, soltera y sin hijos. A los 16 años comenzó a tomar pastillas psicotrópicas y a beber de manera esporádica alcohol. Ha fumado marihuana desde los 17 años, más tarde comenzó a utilizar el éxtasis y el L.S.D. durante fiestas, una o dos veces al mes, al cabo de un año llegó a hacerlo con más frecuencia y también consume heroína de manera ocasional.

Quizá era el año 2000 cuando Bruma con 17 años, deja la escuela (2do grado de preparatoria) y se muda a vivir con un novio, también usuario de drogas, principalmente de cocaína con heroína: “*speed ball*”. Antes de vivir con su novio, ella vivía con sus padres, quienes años atrás habían perdido en un accidente a uno de sus hijos, hermano de Bruma. Ella compartía su cuarto con su hermana de 10 años.

A mediados del año 2002 comenzó a consumir heroína vía nasal. Al cabo de tres meses su suministraba dos dosis intravenosas diarias, por la mañana y la noche. Ese mismo año inicia su itinerario terapéutico y su primera intervención en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz.

Bruma tiene problemas de Trastornos alimenticios desde los 15 años, cuando comenzó a tener atracones de comida seguidos por vómitos inducidos. No fue sino hasta el año 2003 que su problema fue diagnosticado como bulimia, pero ese no fue el único diagnóstico psiquiátrico que recibió. En 2002 permaneció durante 12 días en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, para después ser canalizada al Hospital Cruz del Norte, al expresar que *tenia ganas de morirse*. En el psiquiátrico es tratada por “ideación suicida” durante sus diez días de internamiento, recibe descargas eléctricas como parte del protocolo a seguir.

Bruma no recuerda el tiempo que se abstuvo de consumir hasta hacerlo de nuevo. Pera recuerda que consumió durante un año distintas drogas como: heroína, cocaína, tabaco y pastillas psicotrópicas, que conseguía por medio de las recetas que obtuvo de dos consultas con psiquiatras particulares. Iniciando entonces su consumo de tabaco, a la edad de 20/21 años.

Sobreviene una nueva intervención por cinco días en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. En ese momento ella recurre a sus padres para ser internada en el hospital al transitar por un síndrome de abstinencia en una temporada de escasez de heroína en la ciudad. Es hospitalizada por 5 días, pero la dan de alta forzosa al ser sorprendida con una dosis de heroína que un amigo de ella (también interno) paso oculta en el ombligo.

Desde su primer internamiento tuvo problemas para aceptar la comida del hospital, que dicho sea de paso, obligan a comer, bajo la advertencia de que no darán alimento fuera de

las horas establecidas. Durante su tercera intervención sus problemas con la comida recrudescen.

Sale y reanuda su consumo por aproximadamente dos semanas, hasta que sus padres recurren a un anexo, en donde firman la autorización para intervenir a su hija. Bruma sufre un cuadro sicótico durante su internamiento, pero concluye los tres meses de tratamiento en el anexo, en condiciones muy limitadas de espacio y atención médica.

Al salir se incorpora a un grupo de Narcótico Anónimos a donde acude por cuatro meses. Se mantiene abstinencia durante cinco meses, pero comienza a recuperar peso, pasa de 48 kilos (1:70 altura) a 58 kilos y no consigue bajar de peso induciendo el vómito. Abusa de la comida y entra en un período depresivo, su familia decide internarla en el Hospital psiquiátrico Cruz del Norte, ella accede y pasa ahí 14 días. Al salir comienza a abusar del medicamento prescrito por los psiquiatras. Un mes después vuelve a consumir heroína, durante casi seis meses, pero esta vez se suministra una dosis por día y toma pastillas psicotrópicas.

Su quinta y última intervención sucede en los primeros meses del 2005, completando una estancia de 28 días. Pide apoyo a su familia para ingresar de nuevo. Al salir se incorpora a un grupo de Alcohólicos Anónimos, donde participa por 2 meses. No tengo datos de ella, después de las entrevistas.

Los procesos de recuperación de las mujeres: ¿recuperarse para quién?

“¿Recuperarme para que? ¿Para volver a lo mismo? Siempre duro limpia hasta que me llega el aburrimiento de estar cuidando a los morros y siguiéndole el juego a mi ama y los doctores. Para que me recupero si tengo todo cuando *fokeo*. A mi ni me preguntan, son ellos los que no quieren que siga así, pero yo casi siempre estoy bien, a veces me va mal, pero eso le pasa a todo el mundo, consumas o no ¿qué no?”

Alicia, usuaria de *crystal*, 32 años

Recuperar (*recuperare*) es un vocablo latino con diversas acepciones: volver a tomar o adquirir lo que antes se tenía, volver a poner en servicio lo que ya estaba inservible, trabajar un determinado tiempo para compensar lo que no se había hecho por algún motivo, volver en sí y volver alguien o algo a un estado de normalidad (*sic*) después de haber pasado por una situación difícil.²³¹

En el contexto de las adicciones la recuperación implica varios niveles, según el sentido de las pérdidas: materiales (dinero, trabajo, propiedades), familiares (hijos, pareja, padres), simbólicas o sociales (amistades, relaciones, estatus, reputación), físicas (desgaste, enfermedades diversas, amputaciones, muerte) y espirituales (fe, esperanza, trascendencia, el sentido de lo divino).

Recuperar ante todo significa volver a tener lo que se había perdido, lo que se tuvo antes y ahora vuelve. Pero en el caso de muchas mujeres lo que fueron antes (locas, adictas, putas, ladronas, traficantes, malas madres) es lo que menos se quiere conservar, para otras nunca se tuvo nada y según las más recuperar a la que se fue implica volver a ser el personaje que no se quiso representar: madre, esposa o una buena mujer según las convenciones culturales.

Para los expertos –médicos, recuperadores o exadictos en recuperación- el primer paso a la recuperación es dejar de beber y drogarse para transitar hacia la sobriedad total y mantenerla principalmente a través de grupos de ayuda mutua, pero también de terapias psicológicas o farmacológicas, diferentes disciplinas alternativas o espirituales así como la participación en ritos religiosos. Sin embargo este proceso dificultosamente se presenta así, no suele ser lo que Bill W. llamaba una “repentina experiencia espiritual, cabalmente

²³¹ Diccionario de la Real Academia Española.

súbita y profunda”²³² sino un proceso mediado por las dificultades comunes en la vida de estas mujeres y su condición social.

El significado de un proceso de recuperación, esta dado por las mujeres en sus contextos reflexivos. Los procesos de recuperación por si mismos, comprendidos como la terapéutica aplicada para “salir” de un problema de drogodependencias, no siempre significan experiencias trascendentales. El sentido que las mujeres dan a la recuperación depende de muchos factores como: la edad, el nivel socioeconómico, los años de consumo, el grado de adicción, la droga de impacto, el nivel de daño y el tipo de pérdida. En el argot local de la recuperación todo aquello que lleva a un proceso de rescate es conocido como “tocar fondo”: entrar en crisis por la pérdida mas siniestra: el yo profundo que se sustituye calladamente por el yo de la droga: *vivir para consumir y consumir para vivir*, en palabras de los alcohólicos anónimos.

Como metáfora, la recuperación implica volver a nacer, resurgir o reedificarse a partir del sí mismo, es por ello que los procesos de tratamiento trabajan sobre la construcción de una nueva identidad, dando incluso al nombre propio un nuevo adjetivo: “*soy Ana y soy adicta*”. Una vez que se admite serlo, esta condición pasa a formar parte de la vida e identidad de las mujeres en recuperación. Ser *adicta* es una condición permanente, pues la *adicción* es concebida como una enfermedad crónica.

“Aquí se les dice: *estás enferma y es para toda la vida* y no lo aceptan porque piensan que se van a curar, porque están tres meses en un lugar o yendo a un grupo de A.A. creen que ya están curadas. La enfermedad es crónica, es progresiva y es mortal y es para toda su vida”.

Terapeuta en adicciones, mujer, 49 años.

Aceptar esta sentencia es sin duda uno de los eventos más difíciles y que ocasionan mayor resistencia de parte de las mujeres, pues justo cuando han decidido quitarse la etiqueta de *adictas* y tratar sus problemas de drogodependencias, deben declararse *adictas para toda la vida*. La recuperación se convierte entonces en una sentencia, un proceso que las posiciona de nuevo como mujeres malas, incurables o irremediabilmente enfermas.

²³² Alcohólicos Anónimos. 1986. “La historia de Bill”. En: **El Libro grande. Texto Básico de Alcohólicos Anónimos**. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. p.13

Técnicamente, transitar por un proceso de este tipo implica volver a lo perdido: la salud, el empleo o los hijos. Pero en la práctica, a muchas mujeres en procesos de recuperación se les exige ser quienes jamás han sido, poseer lo que nunca han atesorado, negando su identidad pasada sin considerar o revisar las contradicciones que les llevaron al abuso de sustancias, contradicciones que han sido parte de sus vidas antes, durante y después de la recuperación; esto es importante si consideramos que estas contradicciones no desaparecen con la sobriedad.

El sentido de la recuperación puede ser tan amplio y divergente como itinerarios terapéuticos se revisen: puede significar un simple pasaje médico, producto de una conducta errática o de una situación que se escapó de control. En otros casos puede ser una estrategia para lidiar con los compromisos, crisis y problemas cotidianos o un proceso de autoconocimiento continuo. En este capítulo abordaremos sus experiencias de recuperación y los significados que se atribuyen a este proceso.

Recuperarse a sí mismas o recuperar a las cuidadoras

Históricamente la existencia social de la mujer ha tenido lugar como una tensión paradójica e inquietante, abismal, que apenas hoy comienza a ser entendida como un simulacro. En nuestra época ha aparecido el deseo de la mujer a ser mujer, escapar de una existencia de simulacro que establecía lo que parecía ser bueno o malo para nosotras, opciones donde las mujeres rara vez podríamos encontrar un equilibrio y tener un *ser propio* para poder existir.

Para algunas mujeres la recuperación implica recuperarse a ellas mismas. A primera impresión esto parece una tautología, pero no lo es. Veremos como el afrontamiento que las mujeres hacen de sus procesos terapéuticos pueden ser liberadores u opresores, independientemente de dejar o no el abuso de sustancias. Lo anterior establece la diferencia entre *recuperar a la cuidadora* o *recuperarse a si misma*.

Recuperar a las cuidadoras

Los procesos de recuperación de las mujeres presentan particularidades que devienen de su condición de género. Muchas de ellas no están convencidas de emprender un proceso de recuperación. Aquí cabe distinguir que la gran mayoría toman esta decisión por que su vida social, legal, afectiva y económica se ha visto modificada negativamente por el abuso de sustancias. No es directamente la salud lo que mortifica a estas mujeres, sino, restablecer o mantener las redes que antes tenían para el cuidado de los otros que están a su cargo (hijos, esposos, parejas, padres) y de ellas mismas. Recuperar a las cuidadoras implica recuperar a las mujeres que por sus transgresiones se han perdido, significa recuperarlas para los demás, y dar continuidad a las necesidades de los otros y a las suyas propias de dependencia, más no a las necesidades profundas de sí mismas.

Recuperarse a sí misma

Con el fin de recuperarse a ellas mismas las mujeres deben emprender un recorrido para ser realidad y en esa urgencia voluntaria o coercitiva algunas encuentran una nueva forma de afrontar las contradicciones cotidianas de su condición de género. Para ser realidad, estas mujeres necesitan abandonar el abuso de sustancias, alejarse de la quimera de la droga y el alcohol para comenzar a desarrollar otras formas de afrontamiento de lo que llamamos “problemas del vivir”. Elizabeth Ettore, en su trabajo sobre procesos de

recuperación de mujeres alcohólicas decía: “Para cualquier mujer tomar el control de su vida, de su cuerpo, de su salud y de sus problema con el alcohol es dar un paso radical y creativo. Es desarrollar un fuerte sentido de su propio yo como mujer, una experiencia que le da autoridad”.²³³

La recuperación entonces puede ser vivida como una liberación interna de las dinámicas de dependencia que son inculcadas a las mujeres, sean estas aceptables o no en el contexto de la cultura.²³⁴ Por lo tanto la recuperación para sí, es un proceso de confrontación donde la mujer generalmente recibe nuevas etiquetas negativas como: “mujeres fuertes” o “egoístas”, ya que el principio básico de este proceso requisita anteponerse así mismas frente a los demás, una actitud que no dignifica en nada a las mujeres en una cultura donde una buena mujer es aquella que se desprende de si para ser.

Establezcamos entonces la diferencias a partir de la pregunta ¿recuperarse para quien?

Detonantes para tomar la decisión de entrar a un proceso de recuperación

En general, las mujeres entrevistadas no expresaban claramente los motivos que las habían conducido a un proceso de recuperación. En la mayoría de los casos los motivos de sus ingresos a un proceso de desintoxicación y/o recuperación no fueron parte de un discurso ordenado en las entrevistas realizadas, aunque la pregunta la formule directamente *¿cuáles fueron los principales motivos por los que ingresaste a un proceso de recuperación?*. Se limitaban a contestar vagamente para más tarde y por sí mismas ir encontrando sus propias respuestas. Estaban concientes de que vivían en un caos, que era necesario detenerse por un tiempo y observar lo ocurrido en los últimos años, meses o días de su vida, pero no tenían una respuesta unicausal. En todos los casos, referían atravesar por múltiples circunstancias en crisis como: familiares, económicas y emocionales.

Las mujeres que llevaban más tiempo en un proceso de recuperación, por ejemplo aquellas que se habían incorporado a un grupo de ayuda mutua o habían concluido períodos largos en tratamiento, lograron construir argumentos en base a reflexiones terapéuticas y vivenciales que había tenido lugar a lo largo de sus procesos. Admitían que en un

²³³ Ettorre, Elizabeth, 1998 *Mujeres y alcohol ¿Placer privado o problema público?* Narcea, Madrid. p158.

²³⁴ Ver la discusión planteada en el Capítulo II en relación a los conceptos de Dependencia de adicción y la Dependencia de subordinación, retomados de Elizabeth Ettorre, como dos categorías útiles para entender los problema de las adicciones de las mujeres.

principio, tampoco conocían las razones o motivos que las llevaban a tomar la decisión de ser intervenidas por algún tipo de profesional u organización abocada al tratamiento de drogodependencias. Se trataba de mujeres que iban construyendo el sentido de su proceso de recuperación al examinar sus historias de vida. Es por eso que algunas de ellas aprendieron a identificar los detonantes que las llevaron a pedir ayuda. Lo que también es uno de *Los doce pasos* para avanzar en los programas de tratamiento.

Al contrario, en el discurso de las mujeres que no tenían adscripción a un grupo de ayuda mutua y que no cultivaban su discurso como parte de una terapéutica, revelaban confusión en sus motivaciones, pero proporcionaban datos significativos que me ayudaron a recrear el contexto en que se tomaba la decisión de acudir a un tratamiento para atender sus problemas de drogodependencias. Brevemente expongo algunos de los motivos que las mujeres entrevistadas mencionaron y otros, que aunque no fueron explícitos, pude registrar.

Los hijos: mantener las redes de cuidados y cuidadoras

Los hijos como una motivación para cambiar e ingreso a un escenario terapéutico organizado, fue la preocupación más recurrente de las mujeres.²³⁵ En su discurso, las mujeres hablaban del gran amor que sentían por sus hijos y del compromiso que con ellos tenían. Se juzgaban como malas madres, pero atribuían que el motor para recuperar el control sobre sus vidas en aquel momento, eran sus hijos. En términos de representaciones sociales si una mujer-madre desea recuperarse, primero debe tener de vuelta a sus hijos, esto implica, para ella y para la cultura “recuperar su ser femenino” que simbólicamente expresa la capacidad biológica de traer a la vida a otro ser. Y además cuidar de él.

Recuperar a los hijos no siempre significa vivir con ellos y cumplir con la responsabilidad de su crianza y manutención (en el caso de las madres que no cuentan con el apoyo de una pareja), aunque existen los casos. Recuperar a los hijos en el contexto de ciertas mujeres con problemas de drogodependencia, implica buscar la manera de que estos jóvenes o niños continúen al cuidado de sus abuelas (lo más común) o de quién halla asumido el cargo de la crianza en ausencia de la madre.

²³⁵ Debo señalar también que de los diez mujeres entrevistadas siete eran madres.

Este período suele ser largo y muchas mujeres viven sus procesos de recuperación como una “prueba” o evaluación para ser calificadas/ consideradas como “buenas madres” de nuevo o por vez primera.

Este proceso de “evaluación” puede ser tan largo como cuanto se prolonguen sus experiencias de consumo y abuso de sustancias, pero una forma de “intentar” demostrar sus capacidades o inaptitud es tomar la decisión de ingresar a un programa terapéutico. He aquí una relación de fragmentos de entrevistas y testimonios escritos²³⁶ de mujeres que refieren haber ingresado al tratamiento con la intención de recuperar a sus hijos, evitar que estos sean apartados de su custodia o lastimarlos a causa del abandono y el maltrato.

Fuente	Cuadro 13. Detonantes para la recuperación: los hijos
Lucita (41 años, heroína)	“A dos de mis hijos los tiene mi <i>amá</i> , y los otros dos mi <i>nina</i> (tía materna). Me dicen que <i>ya estuvo</i> , que no me aguantan otra. Pero no saben que esto es una enfermedad, ellos creen que lo hago por <i>baquetona</i> . (...) mi <i>nina</i> quiere que me recupere para que me traigan otra vez a mis hijos (...) mi <i>amá</i> no me habla desde que me quito a los niños porque me denunció al DIF y se llevaron a mi chiquitos, aunque yo siempre estuve pendiente, pero no he podido con esto, ella quiere que sea rápido o que si no, no los vuelvo a ver y eso ya paso hace siete años, ya mis hijos están grandes. Dice mi <i>nina</i> que si la libro, le va a decir que me los devuelvan, pero yo no se, no quiero quitarles la ilusión a mis hijos si vuelvo a caer”.
Susi Jó (25 años, crystal)	“Yo entre porque me puso una denuncia mi (ex) pareja por descuidar y maltratar a mi hija, el veía que le pegaba y luego se dio cuenta que consumía crystal, y como ya teníamos pleito pues me puso el dedo por el odio que tenía conmigo. El andaba con otra mujer y yo digo que quería deshacerse de nosotros. Yo ni sabía que ondas, nunca me imagine que vinieran por mi niña, si yo aunque loqueara, loqueaba en mi casa, por ella (hija) para que no anduviera en la calle como su papá. Pero por su culpa se la llevaron y se hizo más grande mi problema porque tuve que ir a la posada si quería que me la devolvieran. Me dio mucho coraje pero ahora se que así tenía que ser”.
Xaviera (22 años, crystal)	“...más que nada porque ya no quería lastimar a mi hijo, le pagaba mucho, siempre que veía que el se iba o que <i>me la hacía</i> me desquitaba con el niño. Más que nada por él (hijo), porque ya lo estaba dañando mucho y él no tiene la culpa de lo que me pase con su papá y con todo lo demás en mi vida”.
Testimonio escrito Albergue femenil	“Yo cuando decidí entrar aquí a la posada fue porque me quitaron a mis hijos, también porque ya estaba harta de la vida que llevaba, de que mi pareja me golpeará, de aguantar que golpeará a mis hijos, pero nunca pedía ayuda hasta que pasó lo del DIF, que me quitaron a mis hijos. Me dijeron que si quería recuperar a mis hijos que tenía que rehabilitarme, a lo primero que entre aquí decía que estaba por mis hijos, para que no me los quitara el DIF”.
Testimonio escrito	“...lo que más me afectó fue que me hice irresponsable y no cuidaba a mi hija, y pues se me enfermó y estuvo internada en el Hospital Infantil y desde ahí empezó un

²³⁶ Estos testimonios fueron registrados gracias al acceso a un diario interno de despedida y agradecimiento de La Posada del Buen Samaritano, ninguno de ellos pone en riesgo la identidad real de las mujeres que los escribieron; los nombres de las autoras no fueron transcritos en mis notas.

Albergue femenil	cambio en mi. En el Hospital Infantil me pusieron una demanda por consumir sustancia que me hacía descuidar a la niña. Llegó desnutrida y con neumonía y al decir yo que consumía me demandaron... me da mucho miedo quedar loca o sin mis hijos”.
-----------------------------	--

La recuperación como coerción

Las mujeres suelen vivir como coerción sus procesos de recuperación, esta presión puede ejercerla directamente el Estado a través del sistema de denuncia por abandono o maltrato que coordina la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia (DIF Sonora) o sus madres, esposos o hijos. Esta condición obligada, determina su acceso a tratamiento, y se convierte en una amenaza, *una forma de aprender la lección*. El verse abandonadas, solas o en una encrucijada, lleva a las mujeres a aceptar estas intervenciones, no por reestablecer su salud y sus funciones orgánicas, sino para mantener las redes familiares y en sus casos la alianza con la pareja que funge como proveedor. He aquí algunos fragmentos de entrevistas que ilustran el estado de amenaza y de coerción, que en la mayoría de los casos motivan a las mujeres a recibir ayuda.

Fuente	Cuadro 14. Detonantes para la recuperación: la coerción
La Wera (21 años, crystal)	<p>Cuando la internaron en un anexo: “Estaba en el baño de mi casa, me metía a bañar bien equipada, él (su pareja) ya sabía que hacía dentro, pero yo me seguía haciendo pendeja. Me abrieron la puerta del baño porque no quise abrir. Él les abrió la de la casa, la dejo abierta antes de irse al trabajo, porque ya sabía que iban a llegar los culeros del anexo. Así mero me sacaron, con una pijamita de <i>short</i> (...) me dijeron que no me iba a pasar nada, pero yo me imagine miles de cosas, es un trauma que lleguen y te saquen así”.</p> <p>Cuando la internaron en el hospital: “Yo no quería venir. Pero si no venía me mandaban al Anexo; tenía muchas broncas con mi pareja, me corría de la casa, me sacaba mis cosas o andaba chingando que yo era una drogadicta, que le daba vergüenza que me vieran así. Mi papá también, me amenazó de que me va a meter otra vez al anexo. Pero yo se que solo se quieren deshacer de mi”.</p>
Lucita (41 años, heroína)	“Se me hizo bien raro porque mi tía me invitó a su casa y hacía una semana que me había corrido de ahí. Ella estaba piteando con mis primos y hasta me dieron un bote y cigarros (...) hasta me fui al baño y mi tía siempre chingaba en la puerta: “ya salte de ahí” “¿que estas haciendo?” se me hizo bien raro que me dejo ser. Me hice una cura y me quedé dormida, andaba bien curadota cuando llegaron estos putos y me llevaron pa ‘ya (al anexo). Al principio <i>patalie</i> y hasta les escupí la cara pero después me calmé porque si no iba me iba a quedar <i>balineando</i> ”.
Alicia (32 años, crystal)	“No quería volver porque ya sabía la que me esperaba, mi amá me soporta de todo menos que deje solos a los niños, pero así es esto (...) me encontraron como después de tres semanas porque no se quién le dijo a mi hermana que estaba en el parque madero y que andaba como loca, haz de cuenta una loca, me la llevaba bien prendida, no es que estuviera loca, pero cuando los vi me salió todo el coraje que

	traía y como iba con mi hermano me puse más mala, me puse a gritar, a tirar chingazos (...) no me dejaban ni hablar, no más me fueron a sermonear y más me encabronaba yo, hasta se me fue el aire. Luego me dijeron que me fuera con ellos, que me iban a llevar a ver a los niños, que ya querían verme, ¡pero mentira! me llevaron a la Cruz del Norte. Mi hermana estaba llorando, pero pues ella me metió allí porque no sabía que hacer conmigo y me vieron muy mal. Si yo no estoy loca, pero...”.
Xaviera (22 años, crystal)	“Yo creo que pudo haber sido peor, por eso le dije a mi suegra que me trajera (hospital) en mi desesperación de que no se fuera (su pareja) y que siguiera con nosotros. En el fondo sabía que si no venía aquí, me iba a dejar ahora si en serio y yo no se hacer nada, nunca he trabajado, no podía quedarme con el niño yo sola, aunque me dejara la casa. El me lo advirtió que se iba a ir con su mamá, porque ya los agarrones eran todos los días... Cuando no <i>fokeaba</i> era otro rollo, siempre le seguía la corriente, pero con él foco lo que quería era hacer mi santa voluntad”. “Me amenazo que ya no me iba a dar dinero, que solo mi suegra iba a manejarlo para lo que necesitara el niño; estaba gastando mucho dinero”.

La apariencia de la salud

Otra motivación referida por las mujeres al tomar la decisión de recuperarse se relacionaba con su apariencia física, que las delataba como mujeres enfermas. Entonces la gente comenzaba a asediarlas y a cuestionarlas por su extrema delgadez, palidez o desarreglo. No es justamente la salud lo que preocupa a estas mujeres sino el conservar una apariencia saludable que evoque “normalidad” y brinde a sus vidas el secreto confiable –que todos conocen- de que ella no es una “adicta”. Aunque este trabajo no abordará los motivos que refieren las mujeres para consumir sustancias, una motivación que refirieron muchas de ellas fue consumirlas como un método para la manipulación del peso corporal, principalmente el crystal, pero también la cocaína, la heroína y las pastillas psicotrópicas.²³⁷ De un total de diez mujeres entrevistadas, al menos cinco admitieron utilizar las drogas con este fin, entre otros. Sin embargo pese a que muchas mujeres se sentían cómodas con sus nuevos cuerpos, delgados a causa del consumo de sustancias (principalmente el crystal) muchas de ellas no lograron mantenerse satisfechas con su apariencia, y de “esbeltas” pasaron a ser percibidas como “esqueléticas” y a ser señaladas por su delgadez extrema, que en las representaciones sociales esta asociada a la enfermedad, pues si bien la presión social sobre la mujer la convida a tener siluetas esbeltas, tampoco se tolera un cuerpo de

²³⁷ Incluso mujeres que ahora usan crystal, en otros momentos utilizaron, por ejemplo, pastillas para bajar de peso.

mujer “flaco”, pues simbólicamente y contradictoriamente importa tanto la sensualidad como la capacidad reproductiva de la mujer, y ambas están significadas en sus cuerpos.²³⁸

Fuente	Cuadro 15.- Detonantes para la recuperación: la apariencia de la salud
La Wera (21 años, crystal)	“cómo fui adelgazando mi morro se empezó a dar cuenta. La última vez que me pesé estaba <i>pal perro</i> : 44 kilos. (...) Y luego toda la gente, ay que que flaca, ay que delgada, y la misma gente que me volvía a encontrar dos, tres veces al día lo mismo me decían, ay que que flaca. Como que eso también... las mismas chamacas me decían “esa madre te esta hundiendo”, pues que te valga <i>verga</i> si ahora estoy flaca... y pues yo dije, pues bueno les voy a dar la razón, me voy a internar, pero nunca esperé pasar por todo esto”.
Susi Jó (25 años, crystal)	“..estaba bien al principio pero después ya se me notaba mucho, sobretodo en los huesos de la cara. Yo nunca me dejaba, aunque anduviera con esa madre (crystal) me gustaba verme bien, y ya con tanto que bajé (de peso) me veía mejor, y desde que tuve a la niña nunca había estado delgada, pero luego me empecé a adelgazar más y la cara la tenía toda reseca y el cabello opaco, sin nada de brillo, y mi ama y toda la familia “uy que flaca”, al principio era: ¿cómo le haces?, pero ya después no más se la llevaban diciendo que que flaca estaba y que me veían muy mal de tan flaca que me puse, que mejor fuera al doctor... en tres meses llegue a pesar 45 kilos. Por mi me hubiera quedado así, pero era mucha placa (...) ya cuando estaba bien acá (chupada) todos estaban chingando, toooooodos los días con eso. Antes me decían que gorda y ahora que flaca”.
Alicia (32 años, crystal)	“Yo siempre he sido llenita y luego luego las lepas se dieron cuenta de que andaba fokeando, me <i>verbeaba</i> a mi amá y le decía “no, es que camino mucho”, pero luego le fueron con el chisme de que estaba adelgazando foko a fokito. La jefa ya se la sabía, ya me lo había advertido, porque cada loquera que sale yo la estreno. Y pues todos se dieron cuenta, porque haz de cuenta que me desinflé. Todos chingando: “que flaca” y yo pinches envidiosos. Pura <i>placa</i> que te vean así y luego la gente del barrio, no mas te cambia la cara y ya saben que onda”.
Xaviera (22 años, crystal)	“Mi esposo se dio cuanta después porque empecé a adelgazar mucho, cuando apenas empecé me veía bien, hasta andaba toda soñada con el cuerpazo; pero luego mi suegra y él nomás se le llevaban dice y dice que estaba muy flaca yo y que como le estaba haciendo para estar más flaca todavía. Yo me sentía bien, pero como siempre me habían visto gordita, se les hacía muy raro... de repente baje como 13 kilos, ahorita estoy pesando 57, nunca había estado así de flaca. Pero la gente así es, como que nunca esta conforme”.
Bruma (22 años, poliusuaría)	“Me ponía más ropa, para no verme tan mal, pero todos me decían que parecía que estaba enferma y mi mamá me llevó al doctor y ahí se dieron cuenta porque yo con todo y el doctor enfrente lo negaba (el uso de drogas) porque ya antes había tenido problemas con la comida, que no quería comer y vomitaba lo que comía y le dije a mi amá que era por eso: porque no quería estar gorda”.

²³⁸ Wiles. Rosa. 1996 “¡No estoy gorda, estoy embarazada!”: el impacto del embarazo en la imagen del cuerpo de las mujeres gordas. Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. **Mujer y Salud una perspectiva feminista**. Paidós: Barcelona

Pensamientos, augurios y mensajes de la vida.

Existen advertencias que las mujeres descifran como mensajes de vida, sucesos inesperados o esperados que ellas resignifican como una forma de protegerse de las consecuencias que han tenido durante sus experiencias de abuso de sustancias, convirtiéndose en detonantes que les advierten que algo en sus vidas anda mal. Pueden tener roces legales o peleas callejeras que ponen en riesgo su libertad o su salud, pasajes relacionados con sus creencias religiosas o referir vivir la muerte de otro individuo por sobredosis como si hubiera sido la propia. Para ellas estos eventos son interpretados como mensajes o advertencias para detenerse. Otras hablan de sueños o premoniciones, de avisos de alerta, que recibían en el éxtasis del consumo o durante las supresiones. Para estas mujeres dichos eventos son significativos y representan fuertes motivaciones para pedir ayuda terapéutica o recibirla.

Fuente	Cuadro 16. Detonantes para la recuperación: pensamientos, augurios y mensajes de la vida.
La Wera (21 años, crystal)	“Yo me la llevaba en mi casa, pero también conocía a los plebes, pues porque a mi todos me conocen, y un día que baje al puesto me contaron lo de la Karlita. Ella había <i>fokeado</i> antes que yo, porque todas mis amigas ya pasaron por eso, pero la Karla nunca se alivianó. Cuando me dijeron que la habían encontrado toda reventada (sobredosis), sentí como si hubiera sido yo... Desde la mañana yo ya traía un mal presentimiento. Pero para mi fue como si fuera yo, como una advertencia, porque me dio miedo de lo que me podía pasar a mi también si seguía así”.
Susi Jó (25 años, crystal)	“...siempre he sido muy creyente pero con todo esto estaba bien mal con Dios. Mi tata tiene años yendo a pagar una manda con San Francisco en Magdalena y yo me iba con ellos todos los años desde que estaba chiquita, y nomás que pasó el año pasado y nada, yo creo que desde ahí me empezó a ir peor, ya por eso no quise dejar que pasara otra vez, haz de cuenta que fue como una manda (internarse)... el año que entra si voy a ir a dar gracias por salir de todo lo que me pasó”.
Alicia (32 años, crystal)	“Ya me andaban cargando a un muertito, y dije,: <i>¿que pasa Alicia en qué te andas metiendo?</i> , porque un muertito no es cualquier cosa, esta cabrón. Y me sacaron el cuento de que yo era igualita a “La Chiquita” la morra que mató al taxista, y me levantaron y todo el pedo... era como un mensaje para que me calmara... como que pasó eso para que dijera: <i>Alicia te livianas o te alivianas</i> ”.
Greta (25 años, heroína)	“Tenía sueños y me levantaba llorando, porque al principio me la llevaba de dormilona, bien agusto, pero luego ya no podía ni dormir, me levantaba con pesadillas. Soñaba que era como una bola de chicle y me desesperaba mucho. Hasta un día que soñé con mi jefita y todo el pedo, llorando y todos bien tristes y dije: no, ya estuvo, ya no quiero seguir así. Ese día estuvimos hablando mi amá y yo. Seguí consumiendo como por una semana más pero luego me fui otra vez al Nava, porque ya no aguantaba, no podía descansar ni dormida, era como si en sueños me dijeran: <i>mira hasta donde haz llegado</i> , ya no quedaba nada de cómo era yo antes, siempre alegre, ahora estaba siempre deprimida o eriza, es como si los sueños hubieran prendido los foquitos de peligro”.

Lucita (41 años, heroína)	“también me atropellaron y un día unos guasones me agarraron y me dieron unas patadas, se me inflamó toda esta parte (vientre y cabeza). Me fui con mi tía y ella me atendió, pero me vi muy mal. Es que ya tengo que cambiar”.
Bruma (22 años, poliusuaria)	“Ese día conecté con el Betito. A mi no me gustaba quedarme estacionada ahí, pero me quedé porque no tenía cacharros ni nada. Me esperé un ratito a que trajeran unas <i>erres</i> , pero no se que me dio que cuando vi todo puesto me fui. abrí. Siempre he tenido suerte de que no caer con los mulas, pero ese día, apenas me fui y los agarró la policía dando la vuelta. Yo me quedé bien sacada de onda, pero me desafané. Me fui a curar y dije: que ya sea la última, porque la suerte también se acaba, ¡pero cuál última! Es que me imaginé que si seguía jugándola me iba a pasar algo peor... A ellos los atoraron a todos”.

Representaciones de las mujeres con problemas de drogodependencia en un proceso de recuperación: la mirada de los profesionales²³⁹

Ya hemos hablado de la connotación “especial” o “exclusiva” del tratamiento que ha sido diseñado para las mujeres con problemas de drogodependencia en la zona de estudio. En general los profesionales y los recuperadores que trabajan en el ámbito de los cuidados legos²⁴⁰ en el campo de las adicciones tienen una formación como: médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas identificados²⁴¹ y miembros de grupos religiosos (principalmente católicos).²⁴²

Encontré que en su totalidad comparten la misma opinión en cuanto a la familia como eje preventivo de las drogodependencias, apoyándose en evaluaciones sobre la “*funcionalidad*” de la familia. La representación de la familia como eje preventivo era compartida por todos los profesionales, tanto en las entrevistas como en la prensa. Esto afecta particularmente a las mujeres. Culturalmente son ellas las encargadas de la crianza de los hijos y las responsables del orden familiar; en teoría ellos explicaban la importancia de integrar grupos familiares más amplios, que comprendieran no solo a las mujeres con problemas de drogodependencia ni a sus madres como acompañantes de los procesos terapéuticos de los otros (hijos (as), pareja, etc.) pero en la práctica eran las mujeres

²³⁹ Los nombres de los prestadores y directivos de SATD de quienes se vierte su opinión en este apartado no serán revelados como tampoco sus cargos. El perfil profesional de ellos ya fue dado a conocer en el apartado metodológico.

²⁴⁰ Aquellos que se dedican a la atención y tratamiento de las drogodependencias desde el ámbito de los cuidados legos, es decir, no profesional de la salud. Ver: Haro Encinas, Jesús Armando. Op. cit. Barcelona, p. 101

²⁴¹ Aquellos que parten de experiencias compartidas con quienes reciben la terapéutica. Ver Haro Encinas, Jesús Armando. Op. cit. Barcelona, p. 102

²⁴² Estos último se manejan principalmente través de patronatos.

quienes estaban presentes a lo largo del proceso de recuperación de ellas y ellos, y en cuanto a las mujeres con problemas de drogodependencia que habían pasado por una experiencia de recuperación, se esperaba que asumieran su rol activo en la organización social de la asistencia; el modelo recuperador aplicado en el Albergue femenino, hacia hincapié en la incorporación paulatina de la mujer a la organización social de la asistencia a través de la “capacitación” en la casa de medio camino, en donde solo participan la mujer y sus hijos y en donde aprenden, entre otras cosas a “ser madres”.

Sobre las representaciones de los profesionales en relación a las mujeres con problemas de drogodependencias, esta investigación confirma los señalamientos del trabajo de Ellen M. Goudsmit a la tendencia estereotipada de la mujer hipocondríaca y el varón estoico.²⁴³ En base a la revisión de las entrevistas a prestadores de servicios de atención y tratamiento para drogodependencias e información recabada en mi diario de campo sobre comentarios del personal del hospital, anexos, grupos de ayuda mutua y Albergue femenino pude registrar expresiones adjetivadas para referirse a las mujeres y los hombres durante la recuperación, en donde se les describía diferenciadamente como:

Cuadro 17. Expresiones adjetivadas de hombres y mujeres en procesos de recuperación	
Mujeres	Hombres
Exigente	Agresivo
Voluble	Reticente
Irritable	Molesto
Sugestionable	Poco cooperativo
Cooperativa	Poco receptivo
Sentimental (enamorada)	Ingobernable
Llorona	Violento
Coqueta	Duro
<i>Loquita</i>	Indiferente
Achacosa	Rudo
“quiere llamar la atención”	Peligroso
Emocionales	Riesgoso
Delicada	

²⁴³ Goudsmit, Ellen M. 1996 “¡Todo es mental! Puntos de vista estereotípicos y la psicologización de las enfermedades de la mujer”. Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. **Mujer y Salud una perspectiva feminista**. Paidós: Barcelona, p. 18

La tendencia de género existe y se da más en el discurso informal que bajo la vigilancia de una grabadora de voz, permea las formas comunicativas cotidianas entre médicos, enfermeros, terapeutas, recuperadores legos y compañeros del grupo de ayuda mutua. En estas atribuciones de género, debemos llamar la atención en el empleo de estereotipos que aun hoy en día existen. Por otra parte la supuesta alteración de las mujeres debida a factores psicosomáticos también fue corroborada por esta investigación así como la representación de la mujer como sujeto voluble, que presenta una etiología emocional de la enfermedad. Cuando se les preguntaba a los prestadores y directivos de SATD sobre los principales motivos que llevaban a las mujeres a desarrollar una dependencia química y requerir de un servicio de salud, sus respuestas fueron muy útiles para respaldar el argumento de la *psicologización* de los problemas de salud de las mujeres:

Cuadro 18. Psicologización	
1	“en la mujer es una adicción más psicológica y menos física, eso pasa mucho en la mujer y en el hombre no” Médico psiquiatra
2	“el motivo número uno en las mujeres que las lleva al consumo de cualquier droga son los factores emocionales y algo que esta latente, la depresión, la insatisfacción básica en el vivir, en no entender su patrón de vida, ni tener un plan definido de vida son problemas emocionales de la mujer, casi todas por depresión. Por eso debe trabajarse a otros niveles, que permitan darles herramientas para manejar mejor sus sentimientos” Médico psiquiatra
3	“La mujer llega más lastimada emocionalmente que el hombre, requiere más apoyo psicológico” Terapeuta adicciones
4	“La falta de amor es el motivo por el que llegan las mujeres”. Terapeuta adicciones
5	“A las mujeres hay que cuidarles más su parte emocional, sus sentimientos” Psicóloga

Debemos resaltar lo que aparenta ser una contradicción. Aunque la pregunta que yo hacía a los profesionales era *¿cuáles son los motivos que llevan a las mujeres a tratamiento?* Ellos nunca repararon en la necesidad física de atender un síndrome de abstinencia, aunque en otras partes afirmaron que las mujeres llegaban generalmente en crisis por supresión o intoxicación, porque llegan “demasiado tarde” o “más tarde que el hombre”; aun con este

antecedente, ellos respondían que las mujeres estaban ahí por motivos meramente emocionales.

La psicologización de los eventos de la salud de las mujeres, trae a colación un inconveniente más para el proceso de recuperación de las mujeres cuando sus problemáticas son minimización o tomadas por triviales; todas ellas de índole emocional. Al menos tres de las chicas entrevistadas que referían haber utilizado las drogas como un método para bajar de peso, me informaron que cuando ellas comentaron esto con los doctores ellos les dijeron que era una “tontería”. Ella salió del hospital creyéndolo. He aquí un testimonio interesante que me dio Xaviera, una consumidora de crystal de 22 años que ha utilizando crystal con este motivo sin antecedentes de uso de drogas:

“No, es que no quiero decirte, porque te vas a burlar de mi (...)” Yo insistí y respondió: “Es que agarre el crystal porque quería bajar de peso y veía como las demás chamacas habían adelgazado de volada, pero cuando le dije al doctor me dijo que era una tontería”.

Xaviera, usuaria de crystal 22 años.

Otras chicas referían que era mejor no revelar contenidos tan subjetivos como sueños o sentimientos porque los doctores podían tomarte por loca.

“Mejor hubiera sido no decir nada. Yo me levanté toda alucinada por un sueño y que me pongo a contarle toda la historia al enfermero. Al rato como a medio día llegó el doctor con otros médicos y se pusieron a preguntarme que si qué ondas, que si de qué se trataban esos sueños, que si los tenía muy seguido y yo dije que nada más era un sueño, pero se aferraron machín. Ya me había pasado desde las primeras veces que me internaron en el hospital, una vez que dije que estaba tan jodida que mejor quería morirme, pues... yo lo dije de puras curas, pero me llevaron casi un mes a la Cruz del Norte (hospital psiquiátrico)”.

Bruma 22 años, poliusuaria.

En el discurso los sentimientos eran antagónicos al hombre y no se consideraban la etiología de sus problemas con las drogas, para ellos primaba la versión de que el deseo por adaptarse a un determinado grupo los hacía desarrollar sus dependencias y posteriormente tratarlas. Y que cuando llegan a recuperación lo hacían porque habían perdido su trabajo o los enviaban del mismo a un proceso de este tipo o bien y

comúnmente por disposición legal (canalización de la Policía Judicial del Estado). Uno de los profesionales señalaba que: “el hombre comienza por *usar* la droga, después por abusar y finalmente termina cayendo en un problema de dependencia”. Llamaba mi atención que en un contexto profesional donde la droga no es “útil” sino “dañina” se le atribuyera al varón la capacidad de usarla, contrario a la representación común sobre la droga, como el ente que “usa” a quién la toma.

Otra representación muy común es la de la mujer que llega a recuperación “a causa de que su pareja la *inició* en las drogas”. Muchos dieron esta respuesta y en al menos tres casos señalaron: “no es lo común pero sucede”, en las breves relaciones de motivaciones en este caso para el consumo, esta causa siempre fue señalada, aunque no fuera “regla general”:

“Otras, las menos, pero que también existen son las que el marido o el compañero o la pareja es adicto y es como una manera de mantener la relación, la tienen pues en presión y se hace consumidora, co-consumidora de él, eso es otra de las causas”.

“Hay muchas que se hicieron adictas con sus parejas, no es lo más común pero tenemos casos”.

Ellas son la co-consumidoras de ellos y se enfatizaba que esto era una motivación de las mujeres para consumir, como si ellas no pudieran tener motivos propios, lo que podría averiguarse si se reflexionara ¿por qué tienen parejas que también consumen?

Pude observar que sus opiniones eran bastante anecdóticas, que referían casos que habían circulado en la prensa local o *chismes* que corrieron por la ciudad.

Ellos también coincidían en que la mayor parte de las mujeres no llegan a tratamiento por causas como: miedo, vergüenza y falta de reconocimiento de la adicción como una “enfermedad” también de mujeres.

Un dato muy representativo salió sin siquiera ser parte de la batería de preguntas programada en las guías de entrevistas a los prestadores y directivos de servicios de atención y tratamiento, en relación a las prácticas sexuales de las mujeres con problemas de drogodependencia, señalando que ellas presentaban una cierta “hiperactividad sexual”, una “vida sexual muy despreocupada”, “muchas actividad sexual” y que habían tenido “múltiples parejas sexuales”.

La recuperación desde las mujeres

¿Qué es la recuperación para ellas? Esta pregunta no podía ser contestada de manera directa. Al igual que otras muchas, esta respuesta implica una mirada mas comprensiva de sus historias de vida y su condición social actual, estaba determinada también por las experiencias terapéuticas a las que habían acudido o sido llevadas y por su capacidad expresiva.

En muchos casos, los significados que las mujeres atribuyen a sus procesos de recuperación son determinados por diversos factores como:

- a) Edad
- b) Si es o no madre
- c) Redes sociales con las que cuenta: familiares, laborales, escolares.
- d) Condición socioeconómica
- e) Años de consumo
- f) Droga de impacto

Para las mujeres jóvenes las intervenciones en sus itinerarios terapéuticos pueden tener diferentes significados según la terapéutica, las condiciones del internamiento y la situación específica por la cuál acude a un :servicio de atención y tratamiento, de tal forma que el significado atribuido depende del momento en que sucede esta intervención en sus vidas. Como hemos visto, para las mujeres jóvenes el proceso de recuperación esta mediado por la coerción de la pareja, los hijos o los padres y en muchos casos del Estado.

En estos casos la recuperación es significada como un castigo por sus transgresiones de malas madres y/o “oveja negra de la familia”. Algunas mujeres manifestaron que la recuperación era una forma de castigo para expiar sus culpas, esto era así sobre todo para las mujeres que habían tenido experiencias de recuperación en los anexos:

“Todo tiene sus consecuencias. Yo sé que nunca voy a dejar esta madre, pero no por eso voy a dejar de rogarle a Dios que me perdone por todos mis errores, porque nadie somos perfectos. Yo se que lo que hago me hace daño y que de paso también afecto a mi familia, a mis hijos, pero yo me arrepiento de todo eso, aunque no se si pueda dejar la chiva²⁴⁴ algún día, Yo quiero pensar que sí, pero ahorita lo único que puedo

²⁴⁴ Heroína en el argot local.

hacer es arrepentirme, me siento muy arrepentida. Y nada mas aquí me da por pensar así. Cuando estoy afuera ya todo es diferente, la obsesión es muy fuerte”.

Lucita, usuaria de heroína, 41 años.

¿Castigo, arrepentimiento o recuperación? En este contexto es parte del mismo proceso y como ya se dijo con anterioridad en una sociedad donde la droga es el mal, la drogodependencia es pecado. La connotación de la recuperación como arrepentimiento era una constante para las mujeres durante sus procesos, ellas referían que la recuperación era también un acto de contrición:

“Yo siento mucho remordimiento por lo que hice (...) para mi esta experiencia fue una experiencia de mucho dolor, pero también de mucha felicidad porque pedí perdón por mis faltas ante dios y ante mi familia. Hay un octavo paso donde se trata de reparar el daño que hemos causado”

Sus J6, usuaria de crystal, 25 años.

La recuperación para las mujeres era un momento de arrepentimiento, pero también una oportunidad para resarcir las faltas cometidas.

Con motivo de lo anterior, al preguntar a las mujeres sobre sus observaciones o críticas al servicio terapéutico –aun habiendo carencias latentes como instalaciones inadecuadas, problemas de higiene y confort, ellas señalaban que todo esto no tenía ningún sentido, porque “fijarse en estos detalles” era parte de una actitud soberbia en un momento de sus vidas en el cuál no se sienten merecedoras de algo mejor. Después de un concilio del equipo del Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava, algunos jóvenes me comentaban que muchos internos se comportaban de manera exigente cuando señalaban al *staff* lo que a su parecer podría mejorar o aquello que les suscitaba una crítica durante su estancia.

Para las mujeres, en este contexto, la recuperación es un proceso liberador o subyugante, ya sea a través del arrepentimiento, del perdón o de un cambio de juicios y actitudes.

En el caso de las mujeres jóvenes que también son madres, la recuperación estaba en función de los demás, su urgencia de estabilizar sus cuerpos y sanear sus vidas correspondía a la necesidad de los que están a su cargo de ser cuidados y asistidos, ya sean sus hijos o sus parejas. En el caso de las mujeres que no eran madres, la recuperación tenía la finalidad de resarcir sus relaciones familiares y “calmar bronca” lo cuál significa

estabilizar la situación con la familia, el trabajo y /o la escuela, con el objetivo de continuar con los cuidados y apoyo prodigado por la familia y ganarse de nuevo un lugar “funcional” dentro de la misma.

En la misión de recuperar a las cuidadoras, las mujeres tienen representaciones de sí mismas como sujetos “por ser recuperados” para los demás:

“A mi me ayudaron mucho, yo nunca me di cuenta de que tan mal estaba, de verdad (...) Yo siempre fui muy rebelde, y nunca me di cuenta que esa actitud mía me causaba muchos problemas a mi y a mi familia, ¡imagínate si hubiera seguido así, hubiera perdido a mi hija! (...) Nunca me gusto estar en la casa porque cuando fui mama estaba muy morra, como que no había vivido y creía que tenía que darle duro por todo lo que no había podido experimentar por ser mamá tan joven (...) no sabía que un hijo necesita del sacrificio de una mujer (...) Lo bueno es que lo bailado nadie me lo quita, ahora si puedo dedicarme a mi hijo de tiempo completo, yo ya me sacudí muchos años, aunque tuve a mi niño muy joven, si alcance a divertirme...”

Susi J6, usuaria de crystal, 25 años.

La historia de Greta era un caso emblemático en este sentido. Ella fue una chica que se consideraba a si misma rebelde. Se acostumbro a ser una de las pocas mujeres en las tocadas²⁴⁵ de *ska* y *punk*. Ella lo exponía así, después de su experiencia y a unos meses de ser madre:

“Creo que ser rebelde me dejó muchas cosas buenas y muchas cosas malas. Buenas en el aspecto que pues si no hubiera sido por esa rebeldía nunca hubiera conocido y nunca hubiera *vivido*, pero cosas malas porque esa misma rebeldía de hacer mi voluntad, o sea todo lo que se me diera la gana, todo lo que me gustaba, esa actitud me llevó a cometer muchos errores y caer cada vez mas bajo (...)

Ahora soy una persona nueva, todavía tengo ideas sobre la libertad, pero ahora es diferente. Todo contra lo que lo que luché o lo que me gustaba pues ya ni me llama la atención. Antes siempre quería demostrar que era la mas más.. la más loca, la mas rebelde, la más atrevida, no tenía consideración por mi familia, ni por mi misma y ahora soy una persona nueva, mi familia es lo máximo y mi hijo es mi mayor ilusión. (...) Siento que ahora si estoy lista para esto. (...) Antes hubiera abortado, hubiera

²⁴⁵ Conciertos de bandas locales.

renegado de todo porque odiaba la idea de ser mamá y de los hijos y el esposo ¡Quién iba a decir que iba a terminar haciendo lo que antes detestaba!

Greta, poliusuaria, 25 años

Greta consideraba que la rebeldía implicaba hacer su “voluntad” o “todo lo que le gustaba” y que a su vez la recuperación significaba hacer “lo que antes detestaba”. Su caso presentaba importantes pistas sobre los procesos de recuperación de mujeres orientados por un estereotipo de género, donde una mujer recuperada es una “nueva mujer” ahora funcional para la organización social de la asistencia. Para saber *lo que le gustaba* podríamos evocar la letra de lo que fuera una de sus canciones favoritas:

<p>Mommy's little monster shoots methadrine, Mommy's little monster had sex at 15 She left home for the streets, She couldn't deal with all that heat. She had fun with the boys in the band, In her eyes it will never end. Chorus: Her eyes are a deeper blue, she likes her hair that color too. She can even wear a dress, that doesn't mean she'll ever confess. She's mommy's little monster She's mommy's little monster She's mommy's little monster DON'T TAKE HER LIFE AWAY!!!</p> <p style="text-align: right;">Social Distortion²⁴⁶</p>	<p>El pequeño monstruo de mamá se inyecta metadrina El pequeño monstruo de mamá tuvo sexo a los 15 Ella dejó la casa por las calles, Ella no pudo lidiar con todo el calor. Ella encuentra la diversión con los chicos de la banda En sus ojos no tiene fin. Coro: Sus ojos son de un azul profundo, a ella le gusta su cabello de ese color también Ella nunca usa vestido, eso no quiere decir que ella no confesara. Ella es el pequeño monstruo de mamá Ella es el pequeño monstruo de mamá Ella es el pequeño monstruo de mamá NO LE ARREBATEN SU VIDA!!!</p> <p style="text-align: right;">Social Distortion</p>
--	---

Esta pieza de *punk –core* a la que ella se refería como su antiguo himno, es significativa en la medida en que refleja sus gustos e ideales durante sus experiencias de abuso de sustancias, la cuál inició a sus diecisiete años y suspendió a los veinticinco. Durante su experiencia de recuperación Greta comenzó a salir con un joven muy diferente a todas las personas con las que antes socializaba, con el fin de alejarse de su antigua vida:

²⁴⁶ Social Distortion (1989) “Live at calamity Jane's”

“...como que yo lo usaba para no drogarme, bien chistoso, osea, estaba tan en el plan de tan hacer hasta lo imposible por no caer otra vez, que no me importó utilizarlo. Realmente fue bien raro porque si lo hacía por ese motivo, para estar mas lejos de la droga. Ya después empezamos a tratarnos y conocernos y empezamos un asunto mas sincero y ya anduvimos de novios un tiempo hasta que pues quede embarazada, que fue lo mejor que me pudo haber pasado en la vida. Antes era otra cosa, pero ya con el bebe yo no me perdonaría absolutamente nada...”

Greta, poliusuria, 25 años.

Para Greta su embarazo fue un método preventivo, que la alejaba de aquellos antiguos valores que desde su punto de vista la habían llevado a desarrollar una drogodependencia. Su matrimonio y su nueva familia representaban para Greta la oportunidad de una vida funcional y feliz. Según sus palabras la recuperación le había permitido: “encajar más en mi familia”, “aprender cosas que todas las mujeres debemos saber”, “dedicarme a ser una mejor persona porque antes yo era muy egoísta, solo pensaba en mi”. Ella reconocía que sus experiencias en el “mundo de la droga” le habían permitido divertirse, pero que la recuperación la había preparado para todo aquello ante lo que se consideraba impotente: ser una buena mujer, pero sobre todo una buena madre.

En general todas las mujeres entrevistadas referían que la recuperación era un momento para “ser mejores” y “cambiar”. Estas fueron algunas de sus respuestas cuando yo les pedí que asociaran la palabra recuperación con otra (s) palabra (s) de significado similar para ellas. No todas respondieron de este modo, pero he aquí algunos ejemplos:

Carmen 68 años, usuaria de alcohol	“Volver a nacer”
Greta 25 años, (heroína) poliusuaria	“Ser una nueva persona”
Bruma 22 años, poliusuaria	“Que necesito cambiar”
Abril 42 años, usuaria de crystal	“Nada”
Alicia 32 años, usuaria de crystal	“Cambiar”
Xaviera 22 años usuaria de crystal	“Que bueno que me paso”
Susi Jó 25 años, usuaria de crystal	“Oportunidad”
Lucita 41 años, usuaria de heroína	“Arrepentimiento”

Todas estas mujeres se consideraban a sí mismas mujeres rebeldes, otras lo expresaban como “soy oveja negra de la familia”. Lo cierto, es que bajo esta premisa, la recuperación significaba dejar atrás la rebeldía pero ¿qué era la rebeldía para ellas?: hacer lo que uno quiere. La recuperación en todos los casos implicó dejar de hacer algo que disfrutaban para aprender a disfrutar aquello que no parecía importarles:

“...se supone que yo debería de estar disfrutando el *kinder* de mi niño (...) Si me recupero voy hacer todas esas cosas...”

La Wera, usuaria de crystal, 21 años.

Estas actividades que las mujeres “aprenden” a disfrutar durante sus procesos de recuperación están en su mayoría relacionadas con la crianza y otras labores estereotipadas de género que en general implican transitar de una identidad “mala” a una “buena”: de malas a buenas madres, de malas a buenas hijas, de putas a esposas, de adictas a madres.

Existen otro tipo de aprendizajes y descubrimientos de las mujeres que trabajaban en una recuperación para sí.

En los grupos de ayuda mutua las mujeres comienzan a sentirse útiles, es común que muchas de ellas se comprometan tempranamente a asumir responsabilidades en el grupo. Contrario a los hombres las mujeres adquieren más servicios en poco tiempo y de mayor responsabilidad.²⁴⁷

Algunas aluden que el haber “aprendido a hablar de sus problemas” les ha facilitado las cosas tanto en sus trabajos como en la vida cotidiana, otras descubren el talento que tenían para desarrollar una determinada labor como secretaria, administradora o relacionista pública. Otras dan charlas, entrevistas, ponencias y eso las motiva a ir por mayores logros, otras aprenden a ir solas al cine o a dedicarse un tiempo de diversión o esparcimiento para sí mismas, algunas aprenden nuevas destrezas como utilizar las computadoras para escribir y comunicarse, son pocas pero algunas aprenden a establecer relaciones de amistad y solidaridad con otras mujeres.

“Ahora ya no me siento presionada como al principio, era mucha la carga que yo sentía, ahora no porque siento que puedo y pues aquí yo he aprendido muchas cosas,

²⁴⁷ El *servicio* o los *servicios*, son labores desempeñadas al interior del grupo que se van adquiriendo conforme a la disciplina y constancia manifiesta para con la agrupación.

yo nunca pensé que iba a estar haciendo tantas cosas...no sé manejar una computadora. Yo les digo que yo no fui a la escuela -mas que la pura primaria-, pero en cambio hago mis actas y mi hija me las acomoda porque yo lo demás no lo sé usar, ni como meter el disquete ni como nada, pero si le escribo y entre mas más rápido estoy aprendiendo, entonces todas esas cosas ¿quién me las da?: Alcohólicos Anónimos”.

Carmen, usuaria de alcohol, 68 años.

Una mujer joven y soltera, que tenía por servicio hablar con las mujeres recién llegadas a grupo describía así su proceso de reconocimiento de habilidades:

“Yo siempre he sabido que soy muy buena para eso de trabajar con gente, trabajé en un bar, cobrando en la caja y me tenían ahí porque sabían que llevaba todo el dinero bien ordenado y que sabía como tratar a los meseros. Aquí hago de todo, yo soy la que consigo el medicamento, a veces preparo las fórmulas de suero, recibo a las mujeres que vienen por primera vez y también a los compañeros, voy a la radio y a la prensa, ando en todas partes”.

Sonia, usuaria de alcohol y cocaína, 27 años.

Para las mujeres que aun tienen hijos pequeños o jóvenes ser miembro de Alcohólicos Anónimos es más difícil. Algunas se presentan por días, semanas o meses, otras después de un año no vuelven nunca, muchas de las mujeres jóvenes asisten porque su pareja las lleva, o porque acaban de salir de un internamiento o bien porque están embarazadas.²⁴⁸

Las mujeres no solo aprender a reconocerse, sino a convivir consigo mismas de otra manera, esta fortaleza según ellas dicen: “nace de sus más profundas debilidades”, encarnadas en el alcohol o las drogas. Las mujeres con procesos de recuperación sostenida encuentran en el grupo una forma de sentirse útiles, es común que muchas de ellas se comprometan tempranamente a asumir responsabilidades en el grupo, contrario a los hombres las mujeres adquieren más servicios en poco tiempo y de mayor responsabilidad.²⁴⁹

²⁴⁸ De un total de 41 mujeres miembros de A.A. que contestaron el cuestionario aplicado de manera directa en diferentes grupos, la mayoría (68%) se encontraba entre los 37 y 60 años, un 29% tenía entre 22 y 29 años, en este grupo de mujeres al menos un 10% estaban embarazadas.

²⁴⁹ El *servicio* o los *servicios*, son labores desempeñadas al interior del grupo que se van adquiriendo conforme a la disciplina manifiesta y al tiempo en que se ha mantenido asistiendo a la agrupación

Otras tantas tienen contratiempos para cumplir con sus nuevas tareas en sus *nuevas vidas*, los reproches no se hacen esperar, los otros, quienes fueron “abandonados” durante sus años de consumo reclaman, una madre, una esposa, una pareja para sí. Cuando el grupo de ayuda mutua implica un compromiso fuera de casa, en intercambio y contacto con nuevas redes sociales, la pareja o los hijos sienten celos. Y claro, los procesos de recuperación se descalifican. Cuando estas mujeres se sienten fuertes y útiles su entorno se vuelve agresivo y no hay recompensa:

“No comprenden, es muy pesado decir: “voy a ir al grupo porque tengo que hacer esto o lo otro” y te preguntan: “¿otra vez al grupo, otra vez vas a ir? ¿Y qué este día no te puedes quedar, este día no?”. Es que uno sin grupo es como si anduvieras desnudo, tienes que ir para vivir ese día mejor, pero ellos no lo entienden, al menos mi esposo no lo entiende, mis hijas sí, porque ellas si fueron a AL-ANON, pero mi esposo no lo entiende y es él que me dice cosas cansadas, pero yo ya no puedo depender así de nadie, de decir: “no porque me dijo mi esposo”. No, estoy casada, pero no, ahí no, en esto de mi vida y de lo que yo estoy haciendo por mi recuperación, no, ahí sí tengo que tener mucho cuidado porque él (esposo) no me va a devolver lo bonito que yo estoy viviendo el día de hoy. No voy a arreglar nada haciéndole caso y quedándome en la casa -ni de su vida ni de nadie. Estoy componiendo mi vida y nada mas”.

Carmen, usuaria del alcohol, 68 años

Cuando las mujeres deciden apostar a sí mismas a través de un afrontamiento conciente de las contradicciones que las rodean, atribuyendo significados nuevos a su vida y modificando conductas, los otros, quienes “...esperaban a una mamá de vuelta ven que una nueva mujer se acerca y eso da mucho miedo, porque la fortaleza en una mujer también asusta”.

Así describía Carmen sus primeros años de recuperación sostenida a través de Alcohólicos Anónimos. Es común que durante los procesos de recuperación la etiqueta de alcohólica o adicta se desplaza por la de *mujer fuerte*, asumiendo de nuevo una identidad marginal en relación a las convenciones culturales donde la mujer se imagina débil o protectora para otros y no para sí. El asumir conductas de autocuidado y un nuevo proyecto de vida imprimen en estas mujeres nuevos aires que suelen poner en crisis los escenarios de subordinación y adicción donde ellas se desenvolvían:

“yo acudí a mi casa al principio de haber llegado a A.A. y estaba la casa igual, llena de cerveza, llena de borrachos, mi esposo también tomaba y entonces para mi enfrentar la recuperación fue muy duro, yo dije no la voy a poder hacer, porque no voy a poder, en el momento menos esperado voy a estar junto con ellos y entonces a mi me vino a la mente o los corres y haces una renovación de amistades, pero hasta con mi familia. Así me dijeron ahí en el grupo y lo tuve que hacer, tuve que decirle a mi esposo, lo siento mucho pero aquí en la casa ya no se bebe y si quieres tu tomar porque tu tienes un problema aunque no lo reconozcas pero no me vas a llevar entre las patas, y aquí no ni amigos ni nada y se tuvo que hacer el cambio, hasta con la familia, porque también mis yernos tomaban y querían seguir yendo a la casa, yo no permití eso, tenía mucho miedo de volver a beber y ese mismo miedo me dio el valor para hablar con ellos, a pesar de no tener muchas palabras en esos momentos pude decirles que yo era una alcohólica y que en esta casa ya no se iba a tomar”.

Carmen, usuaria de alcohol, 68 años

Carmen logro dejar de beber después de veinte años. Ahora no me sorprende que a sus 68 años esta mujer pudiera hablarme con la soltura característica de A.A. de su difícil pero constante experiencia de recuperación.

Para muchas mujeres en Alcohólicos Anónimos vivir esta experiencia significa sanear sus ambientes al tiempo en que toman decisiones acerca de lo que les conviene o no, luchando contra el escepticismo de sus hijos y muchas veces contra el resentimiento, la falta de fe, o la descalificación de quienes las rodean.

El principio de la recuperación en los grupos ayuda mutua de A.A. implica reconocer que nadie mas puede ayudar a un individuo que tiene problemas con su manera de beber o drogarse, si él o ella no lo hacen por sí mismos. Cuando este mensaje llega a las mujeres, sus relaciones de dependencia y subordinación se trastocan, si ellas asumen el cometido que empeñadamente sugiere la literatura. En ese viaje de rescate, las mujeres son etiquetadas no solo como fuertes sino como egoístas. Mientras beben frecuentemente son juzgadas de egoístas -malas mujeres que no piensan en los demás, ni siquiera en sus hijos.

“Nadie mas iba a hacerlo por mi, me dijeron que no lo hiciera ni por mi familia ni por mi esposo, si tenía mamá tampoco, que lo hiciera por mi nada mas, entonces yo me quede, me quede contra viento y marea, me costo mucho trabajo porque al principio que llega uno a los grupos, la familia esta muy resentida contigo, no te quiere ni hablar y te ven que vas

cambiando y piensan que andas igual pero que ahora te cambias y te arreglas y te cuidas y esto y el otro ¿por qué? Porque esta cambiando tu vida y ellos no se dan cuenta hasta que ellos están también dentro de ese cambio, pero sí, a mí me costó mucho trabajo porque había mucho resentimiento dentro de ellos y todos seguían tomando. Tú cambias pero tú casa no. Ellos a lo mejor se calmaron o estarán o no estarán (tomando) pero ya no es mi problema, yo estoy haciendo lo que yo tengo que hacer con mi vida y ellos van a buscar la ayuda cuando la necesiten también, porque hay ayuda también para ellos en al AL-ANON en AL-TEEN, todos los lugares donde puede estar la mano de A.A”.

Carmen, usuaria del alcohol, 68 años

6. Reflexiones y consideraciones finales

Lineamientos y expectativas: el modelo recuperador

Cuando comencé esta investigación supe que los procesos de recuperación de las mujeres eran tan heterogéneos como itinerarios terapéuticos estuviéramos dispuestos a considerar. No solo me refiero a la distinción por sexo, sino a factores que influían en el significado que ellas atribuían a sus procesos, tales como: la edad, la droga de impacto, el tiempo de consumo, ser o no madre, la (s) terapéutica (s) a la (s) que acudió, la situación bajo la que tomó la decisión de ingresar a tratamiento y su condición socioeconómica, pero también las nociones de crisis, límites o *fondeo* que cada quién elaboraba en relación a sus experiencias de abuso de drogas, entre otros. Todo ello perfilaba distintos tipos de afrontamientos y propiciaba o inhibía la identificación con las diferentes formas terapéuticas. En su conjunto, estos elementos, hacían cada caso particular, pero al mismo tiempo, todos compartían algo: el contexto simbólico y material del *modelo recuperador*.

Vimos como el *modelo recuperador* incorpora terapéuticas y saberes diversos, como: la medicina profesional, principalmente la psiquiatría, la filosofía de Alcohólicos Anónimos y su metodología de Los Doce Pasos, la psicología conductivista, la logoterapia y los mensajes de carácter espiritual o declaradamente religioso, como la ideología católica (que aporta su visión del mundo, significando los afrontamientos desde el arrepentimiento, el sacrificio y la culpa). En conjunto, todo ello configura una metodología supuestamente efectiva para recuperar a las mujeres, teniendo como objetivo la sobriedad total y un cambio de juicios y actitudes, donde las mujeres transitan de *malas* a *buenas*, de *disfuncionales* a *funcionales*, de *perdidas* a *recuperadas*.

Ahora podemos decir que el *modelo recuperador*, es una política terapéutica para tratar las drogodependencias, dirigida a mujeres y orientada por estereotipos de género, estereotipos que son reproducidos de manera masiva y sistemática por la cultura, a través de la prensa y otros medios y en las relaciones sociales más cotidianas entre hombres y mujeres. En este contexto la recuperación de las mujeres implica su “*salvación*” y para llegar a ella se exige la recuperación de su rol genérico.

El *modelo recuperador* convoca a todas las formas asistenciales de la localidad, pero debemos mencionar que existen matices, tal y como lo comprobamos a través de los itinerarios terapéuticos revisados, en los cuáles pudimos observar como algunas mujeres

transitan por sus procesos de recuperación, sin la condicionante del DIF, el Albergue femenino o un grupo de ayuda mutua (por ejemplo, aquellas que solo ingresaron el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz). Aun así, debemos resaltar que la ideología de base deviene del modelo recuperador y que comprenderla nos permite conocer y entender el contexto simbólico en el que las mujeres son representadas y atendidas en Hermosillo, Sonora, aunque esto no signifique que algunas mujeres escapen al modelo y que, sobre todo, algunas mujeres se resistan a ser tratadas bajo estos parámetros.

Estas condiciones simbólicas, son el lineamiento bajo el que presenté los datos revisados en este documento. A través de lo que llamamos la “*retórica del rechazo*”, pudimos visualizar representaciones hegemónicas de lo que es *normal*, *bueno*, *adecuado* y *saludable* y de todo aquello que no lo es, es decir, lo *marginal*, lo *malo*, lo *prohibido* y lo *enfermo*. Visualizando de este modo, el estigma asociado a las y los consumidores de drogas y particularmente a las mujeres “*adictas*” en Hermosillo, Sonora.

Analizamos de que manera, este contexto semántico ha permeado las formas asistenciales en la ciudad de Hermosillo, Sonora, estableciendo los contenidos y la orientación de los programas recuperadores. De este modo, las expectativas de lo que se considera una recuperación exitosa, están determinadas por representaciones hegemónicas de cómo debe ser una *mujer adicta* y de como debe ser una *mujer recuperada*.

El análisis de las principales representaciones asociadas a las mujeres con problemas de drogodependencias, referidas a través de casos retomados de la prensa local, me permitió tender un puente entre dichas representaciones y la forma en que estas también constituyen al *modelo recuperador*. En este sentido, podemos afirmar que el principal diario local (incluso Estatal) es reproductor de una *retórica del rechazo* que ubica a las mujeres con problemas de drogodependencia al margen de la cultura, caricaturizándolas a través de etiquetas diversas y comunes, como: criminales, putas, locas y malas madres, entre otras. Este etiquetamiento de las mujeres, impide que visualicemos las situaciones particulares que enfrentan a lo largo de sus experiencias de abuso y durante sus itinerarios terapéuticos, centrándonos en ellas como transgresoras. En términos generales, podríamos decir, que las drogodependencias no son consideradas un *problema de mujeres*. Solo son consideradas, en la medida en que representan un problema moral para la sociedad Hermosillense.

El *modelo recuperador*, supone que las mujeres con problemas de drogodependencias son un grupo homogéneo, no reconoce la diversidad de afrontamientos y los distintos niveles de la realidad que se ven influenciados y transformados durante un proceso de recuperación, como pueden ser:

- a) la adopción de nuevas prácticas de autocuidado, ya sea que continúen consumiendo drogas y/o alcohol o que se abstengan de hacerlo.
- b) toma de precauciones y reducción del riesgo en consumos posteriores.
- c) la resignificación del consumo de sustancias, de obsesivo a placentero.
- d) las ventajas de iniciarse *en* o de desarrollar un proceso terapéutico a través de la reconstrucción biográfica y de la visualización de sus problemas del vivir.

Principalmente, el *modelo recuperador* omite dos elementos importantes a considerar, si deseamos comprender y tratar afectivamente los problemas de drogodependencias de las mujeres: su biografía, su condición social y los aspectos culturales que se suman al problema. Es decir, elementos sociales como: la desigualdad socioeconómica y la política antidrogas. Y en cuanto a cultura: el género, las creencias religiosas y las representaciones sobre las drogas y sus consumidores.

Si bien, en esta investigación hablamos del “*aprender a hablar*” asociado a los procesos de recuperación y mencionamos también que la autoconstrucción biográfica es uno de los doce y más importantes pasos en este tránsito terapéutico, debemos tener en cuenta que el *modelo recuperador*, descalifica las biografías de las mujeres considerándolas parte de un pasado errático. Una vez reconstruido el historial personal, este pasa a formar parte de una identidad negada, para dar paso a las *nuevas mujeres*, es decir, a las *mujeres recuperadas*, aunque ellas continúen viviendo en condiciones de abuso más o menos sobrellevadas por todas, por ejemplo: la crianza no compartida, la pobreza, la violencia de género, la marginalidad y el estigma de ser o haber sido una *mujer mala* o una *mujer adicta*.

En este sentido, debemos tener presente que al negar el bagaje biográfico de las mujeres con problemas de drogodependencias, se vuelve imposible considerarlas como parte de un todo social, histórico y político. La biografía es rescatada en un sentido individual: de la psique y el espíritu, pero no sociocultural, de tal modo que, esta lectura resulta insuficiente para comprender y explicar los itinerarios terapéuticos de las mujeres, sus deserciones y

persistencias, así como las altas cargas de estrés, hipervigilancia y coerción que refieren las mujeres durante sus procesos de recuperación. Se pierde de vista entonces una biografía común a todas las mujeres, es decir, su condición social.

El modelo recuperador, fomenta y persigue la dependencia de subordinación, por un lado y por el otro, reprime las dependencias de adicción de las mujeres. Sin embargo, jamás se establece una discusión que visualice, el proyecto de una recuperación subordinada a los otros, es decir: a la familia, a la sociedad y en resumen al *deber ser* de la mujer. Perpetuando y reforzando el estigma de las malas mujeres sobre su antítesis: las mujeres buenas, ya no perdidas, sino recuperadas.

En sus procesos de recuperación las mujeres enfrentan además diferentes problemas asociados a su condición de género, por ejemplo: ser perseguidas por abandono o maltrato de sus hijos. Este es una condicionante coercitiva para que ellas ingresen a tratamiento.

La mujer debe cumplir con las expectativas impuestas por el *modelo recuperador*, para considerarse *exitosamente recuperada*. Algunas a ver son:

- a) Reconocer que tiene un problema con su manera de drogarse o beber y que debe abstenerse de hacerlo, declarándose impotente.
- b) Admitir que tiene una enfermedad crónica e incurable llamada *adicción*.
- c) Recuperar a sus hijos y convertirse en una buena madre.
- d) Volver a ser o convertirse en una buena hija o esposa.
- e) Las transgresiones del pasado son errores que no deben volver a cometerse, por eso debe arrepentirse del modo en que ha vivido hasta ahora y renunciar a sus antiguos valores, creencias e ideales.
- f) Buscar ámbitos saludables, para comenzar una nueva vida, con personas, actividades y espacios diferentes. Alejarse de “*malas influencias*”, como podrían ser, otros consumidores de drogas, viejos amigos (as) o parejas sentimentales.
- g) Integrarse a un grupo de ayuda mutua para sostener su proceso de recuperación.
- h) Cumplir un tratamiento de tres meses de internamiento mínimo, preferentemente.

Como vimos en este trabajo, difícilmente las mujeres cumplen con las expectativas impuestas por el *modelo recuperador*. En principio, muchas de ellas se niegan a identificarse con una etiqueta *para toda la vida*: ser adictas. Durante su tránsito terapéutico, pocas logran abstenerse del todo del uso de sustancias, de este modo, sus experiencias de recuperación están marcadas por el fracaso, y vuelven a sentirse erráticas e impotentes de nuevo. La frustración, suele desalentarlas para continuar, aunque el consumo reanudado tenga distintos patrones y no llegue al abuso.

Sucede que, una vez que recuperan a sus hijos, viven sintiéndose presionadas y vigiladas por el Estado, sus vecinos, familiares y/o su pareja. La hipervigilancia, se suma entonces a su proceso, porque debe supervisarse que la mujer no se *pierda* de nuevo.

Debido a sus condiciones socioeconómicas, pocas mujeres logran salir de los ámbitos donde tuvieron lugar sus experiencias de abuso, por ejemplo, la pareja, la familia y el barrio. Aunado a lo anterior, muchas mujeres no pueden renunciar a los contextos laborales en los que aprendieron a *ganarse la vida* y que son considerados de “*riesgo*”, como: el narcomenudeo, el trabajo sexual, las meseras y ficheras, las obreras de maquila, etc.). De este modo, resulta difícil alejarse del entorno social en el que han vivido y crecido.

Por otra parte, no todas están de acuerdo en integrarse a grupos de ayuda mutua para sostener sus procesos de recuperación. Ellas no logran sentirse identificadas con la filosofía de Los Doce Pasos, otras la sienten ridícula, intrusiva o absurda. Algunas refirieron sentirse expuestas. Otras no tienen tiempo o medios para asistir a las sesiones o no cuentan con redes que cuiden a sus hijos mientras ellas acuden al grupo.

Para los centros recuperadores, cumplir con el tiempo estipulado por ellos, significa tener un “*mejor pronóstico*”, pero son realmente muy pocas las mujeres que *completan* su tratamiento, remitiéndolas de nuevo a la asociación entre recuperación y fracaso. Muchas mujeres continúan consumiendo drogas a escondidas y prefieren no pedir ayuda por temor a ingresar de nuevo a un internamiento prolongado, una vez que ya transitaron por uno.

Sin embargo, también vimos procesos terapéuticos que apuntaban a una recuperación que las mujeres significaban como positivas, sobre todo, cuando la *recuperación para los demás* les garantizaba a las mujeres una integración familiar, social y cultural, que las confrontaba menos y reducía sus cargas de estrés y ampliaba sus redes de apoyo. Por ejemplo, aquellas mujeres para las cuales la recuperación significó, en buena medida, una

solución a sus problemas del vivir, en sus esferas más próximas, como la familia y el contexto sociocultural en el que se desenvuelven. De este modo, podemos decir que sus procesos de recuperación aportaron soluciones que resolvieron no solo sus problemas con las drogas, sino los problemas que ellas tenían con la sociedad que problematiza su uso y que reproduce significados desvirtuantes.

Ahora, podríamos resumir, de manera general y no exhaustiva, las expectativas de los prestadores de servicios y de las mujeres que enfrentan procesos de recuperación. Presentándolos a continuación, podemos contrastar sus expectativas:

Expectativas de los prestadores de servicios sobre los procesos de recuperación de las mujeres:
a) El éxito de la recuperación es equivalente a una sobriedad total. La recaída es significada como fracaso.
b) Incidir en la esfera: familiar, psicológica y espiritual de las mujeres.
c) Negar las biografías de las mujeres, en aras de la construcción de <i>nuevas mujeres</i> , aunque ellas continúen enfrentando las mismas contradicciones sociales del pasado.
d) Reinsertarlas a la organización social de la asistencia: recuperar a las cuidadoras.
e) Las trasgresiones cometidas por las mujeres, deben ser resignificadas como errores o pecados del pasado.

Expectativas de las mujeres sobre sus procesos de recuperación y de las condiciones de internamiento:
a) Acceso a servicios de desintoxicación, para tratar el síndrome de abstinencia.
b) Ser mejores madres, hijas o esposas, es decir, encajar mejor en el orden social.
c) Recuperar a sus hijos.
d) <i>Calmarse un rato, alejarse de broncas.</i>
e) Hacer un análisis y balance de sus vidas.
f) Recuperar la confianza de los demás.
Sobre las condiciones de internamiento:
g) Opciones laicas de tratamiento.
h) No ser juzgadas o reprendidas, sino comprendidas.

- | |
|---|
| i) Un trato digno. Condiciones de limpieza, respeto, seguridad y confianza. |
| j) Internamientos sin <i>doble cautiverio</i> . |

Sobre las condiciones de atención y tratamiento del modelo recuperador

Como ha quedado claro, en Hermosillo, Sonora, las condiciones asistenciales para las mujeres con problemas de drogodependencias son insuficientes, pese a la “*exclusividad*” de los tratamientos y convenios que han sido diseñados para ellas. Esta *ocupación especial en el problema de las mujeres drogodependientes*, revela los objetivos que persigue el *modelo recuperador*: recuperar a las mujeres para reanudar su participación en la organización social de la asistencia, es decir, *recuperar a las cuidadoras*. Estos programas han sido diseñados sin una planeación integral de la atención y el tratamiento, y responden a un proyecto de representaciones hegemónicas y estereotipadas, sobre la mujer en general, y particularmente sobre las mujeres con problemas de drogodependencia.

La exaltada participación de grupos religiosos, es una evidencia del proyecto moralizador que lleva a cabo el *modelo recuperador*. A excepción del Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, en la localidad estudiada no existen opciones laicas para el tratamiento de la salud en el campo de las drogodependencias. Y aunque en el *modelo recuperador* confluyen distintas tradiciones terapéuticas, podemos afirmar que procura un contenido religioso muy influyente, aunque no es el único, por ejemplo, también esta muy marcado por las diagnósticos, es decir, las explicaciones de la enfermedad, provenientes de la psiquiatría.

Las condiciones de tratamiento que se desprenden del *modelo recuperador* presentan un problema asociado. Aunque existan convenios especiales para la canalización interinstitucional de mujeres, este esfuerzo es insuficiente, si no se resuelven limitantes estructurales de la llamada “*ruta crítica*”, por ejemplo, la disposición de más camas en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. Las condiciones de acceso de las mujeres a programas integrales que puedan ofrecer opciones de protocolos médicos o alternativos para la desintoxicación, son limitadas en este sentido.

Esto es particularmente problemático si consideramos que la mujer llega más tarde a tratamiento y generalmente en fase de intoxicación o supresión severa, requiriendo generalmente de un proceso de estabilización y/o desintoxicación previo.

Es por eso que los *programas exclusivos* para mujeres no garantizan una mirada sensible al género: los discursos de ellas como transgresoras y de sus prácticas como patológicas siguen empleándose.

Los significados asociados a las mujeres en general, como sujetos volubles y emocionales, permean los discursos y prácticas de los profesionales de la salud y de los terapeutas o recuperadores en el campo de las drogodependencias. De este modo, la etiología de sus problemas, son de orden emocional o espiritual, pero nunca físico, limitando, como hemos dicho, su acceso a los servicios de desintoxicación que se ofertan a través del modelo hospitalario. Aunque los médicos del hospital tengan, evidentemente, lecturas bioquímicas de los procesos de recuperación, en el *modelo recuperador*, el acento está dado en los aspectos psicológicos de la mujer. Solo debo matizar, que efectivamente en el Hospital Nava se garantiza una recuperación física del evento de la dependencia, pero que el modelo recuperador, exige algo más a las mujeres: la recuperación de su rol.

Podemos enumerar, no de manera exhaustiva sino relacional, los principales problemas que enfrentan las mujeres en el contexto asistencial hermosillense:

- a) Los recursos materiales e ideológicos con los que se *trata* a las mujeres durante sus procesos de recuperación son limitados.
- b) En todos los centros de tratamiento mixtos, las mujeres deben acatar "*normas especiales*", con el fin de vigilar y controlar más sus conductas: por ejemplo, la restricción que ellas tienen para deambular por los espacios terapéuticos mixtos.
- c) Generalmente, ellas son coersionadas para entrar a un proceso terapéutico. Debido generalmente a la amenaza de perder la custodia de sus hijos, de ser internadas en un hospital psiquiátrico o anexo, o por el temor a perder las redes de cuidados de sus hijos y/o de ellas mismas.
- d) Ellas abandonan los programas terapéuticos, debido principalmente a dos motivos:
 1. las presiones que tienen desde fuera para ejercer o retomar su rol femenino: volver a casa, cuidar de nuevo a sus hijos, atender a la familia y

2. las condiciones del doble cautiverio, que se tornan insoportables.
(en los tratamientos mixtos).

- e) Bajo este contexto asistencial las motivaciones que las llevan al abuso de sustancias son minimizados o negados, sobre todo, aquellos que se relacionan directamente con el consumo de drogas entre mujeres, como podría ser: utilizarlas como un método para bajar de peso.
- f) Debido al marco explicativo que se denomina *psicologismo*, que suele abusar de las representaciones de las mujeres como volubles o hipersensibles, ellas también son consideradas exageradas, exigentes o ansiosas,

Obstáculos y limitantes

Considero que este trabajo tiene una valiosa utilidad para aquellos que deseen conocer una panorámica del contexto asistencial y simbólico que circunda a las mujeres con problemas de drogodependencias. Reconozco las limitantes de este esfuerzo, como por ejemplo, que nunca estuve en condiciones de ofrecer datos sobre grupos específicos, como: los problemas que enfrentan las madre, las mujeres que desean bajar de peso, las lesbianas, las trabajadoras sexuales, etc., pero al ser ésta una investigación general de la problemática, este documento puede convertirse en una herramienta para pesquisas por venir.

También se que este trabajo no se avoca a la descripción de casos de recuperación sin asistencia terapéutica, que es otra cara no visualizada por los modelos recuperadores, para los cuales, transitar por este proceso es imposible sin solicitar ayuda de manera específica con los profesionales y recuperadores legos en el campo de las drogodependencias. Se que esta tesis no ofrece datos sobre estos casos. Ante esta omisión solo puedo decir que el tiempo y las dificultades metodológicas de acceder a las mujeres que no acuden a tratamientos hicieron imposible cubrir esta necesidad, que sin duda, podría desarrollarse en nuevas investigaciones.

Por último, solo debo aclarar, sin considerarlo una limitante, que este trabajo ha partido de un enfoque diferente pero igualmente válido, que fue abocarse al estudio particular de las mujeres en procesos de recuperación. No por ello, desconozco la necesidad de considerar los itinerarios terapéuticos de los varones, y los significados atribuidos a sus procesos de recuperación. Sin duda, una investigación en este sentido puede aportar matices

importantes en cuanto a las terapéuticas e itinerarios diferenciados por sexo y a las representaciones asociadas a los hombres recuperados.

Sugerencias: desde el lado oscuro de la luna.

A partir de mi participación como diseñadora y facilitadora de talleres con mujeres usuarias de drogas en situaciones de prisión y después de conocer las experiencias de las mujeres con problemas de drogodependencias en el contexto asistencial en Hermosillo, Sonora, he elaborado algunas sugerencias que pudieran ser abordadas por los modelos sanitarios abocados a la prevención, atención y tratamiento de las drogodependencias en nuestra comunidad, para mejorar. Tómense como lo que es, una propuesta elaborada a la luz de los datos etnográficos expuestos en este documento.

Prevención
a) No limitar las estrategias y la producción de mensajes preventivos a estudiantes, maestros, padres de familia o no consumidoras (es).
b) Considerar en el diseño de campañas preventivas, el punto de vista de personas que tuvieron o tienen problemas de salud derivados del abuso de drogas.
c) Las y los consumidores de drogas activos, también pueden ser prevenidos de otras enfermedades y riesgos para su salud, asociados al consumo de drogas: hepatitis C, tuberculosis, VIH-SIDA, enfermedades de transmisión sexual, etc. En este sentido, se puede trabajar sobre la reducción del riesgo con usuarios activos de drogas, un ejemplo, son los programas de intercambio de jeringuillas, dotación de condones, charlas, etc.
d) Hablar sobre el uso auto-responsable de drogas.
e) Brindar información clara y específica sobre los riesgos asociados a la salud debido al abuso de drogas y/o alcohol, en un lenguaje llano y coloquial, que considere formas comunicativas propias de los grupos a los que se dirige. Esta información debe ser respaldada por investigaciones sistemáticas y científicas, siempre multidisciplinarias, con el fin de trascender los piadosos argumentos de la moral y el deber ser y el discurso hegemónico de la medicina profesional y el psicologismo. También debe considerarse el punto de vista de personas que abusaron de las drogas, los cuáles se conocen como: ex-drogodependientes en recuperación.
f) Avocarse al problema específico de las consecuencias del abuso de crystal y metanfetaminas en la ciudad de Hermosillo. Identificarlo como el problema más importante de salud pública en el campo de las drogodependencias.
g) Diseñar campañas preventivas específicas, según los grupos en los que se pretenda incidir. Deben considerarse características básicas de la población, como: sexo, grupos etarios y étnicos,

población rural o urbana, personas en situación de prisión, obreras (os), amas de casa, etc. ²⁶⁹
h) Producir información preventiva en vez de reproducirla, considerando ante todo el contexto local y los grupos específicos en los que se pretende incidir. Esto implica un acercamiento con las comunidades de usuarios y usuarias de drogas, que deje atrás las formas comunicativas verticales, producto del estigma y la marginación, y que reconozca los <i>saberes</i> de los implicados, para proporcionar información cercana y certera.
i) Realizar campañas específicas para mujeres. Abordar temas de interés particular para ellas, como podrían ser, las razones por las cuáles las metanfetaminas no son un método adecuado para bajar de peso, cambios negativos en la apariencia de las mujeres a largo y corto plazo debido al abuso de drogas y/o alcohol.
j) Considerar que los grupos de mayor riesgo entre la población femenina, son las mujeres en procesos de crianza y no las (os) estereotipadas (os) jóvenes, que dicho de paso, es una categoría bastante amplia y vaga para incidir en ellos (as). Las campañas podrían funcionar mejor, si se acude a los espacios que ellas frecuentan: jardines preescolares, las escuelas a las que asisten sus hijos, maquiladoras, centros de trabajo, centros comerciales o tienditas de la esquina (abarrotes), gimnasios, estéticas, bares y centros nocturnos, moteles y hoteles. Así como en centros de salud, durante las consultas ginecológicas o de pediatría.
k) Sensibilizar a los cuerpos policíacos, para transitar de un trato punitivo y legal a uno preventivo. Hacer talleres dirigidos al <i>Bando de policía y buen gobierno</i> con el objetivo de que conozcan las leyes y derechos de las y los consumidores de drogas y que no actúen solo por el “ <i>instinto</i> ” del estigma. Respondiendo a una preocupación sincera por la salud de los ciudadanos y ciudadanas.
l) Asumir, la responsabilidad de una prevención desde el Estado y no desde la familia.
m) Trascender el estigma y la marginalidad asociados a los consumidores de drogas y llevar las campañas preventivas a sus contextos cotidianos: salir a los barrios, las calles, al <i>picadero</i> , ²⁷⁰ etc.
n) Fomentar y producir más investigación en el campo de las drogodependencias.

Atención

a) Capacitar y sensibilizar al personal de los principales centros de atención y tratamiento de drogodependencias, en cuanto a la necesidad de trascender el estigma asociado a las y los

²⁶⁹ Actualmente, muchas campañas preventivas aplicadas en el noroeste de México, fracasan, pues vienen del centro del país y emiten mensajes que atienden las particularidades de una población que enfrenta problemas diferentes: distintas drogas de impacto, itinerarios terapéuticos, grupos etarios, etc.

²⁷⁰ Según el argot local, puntos de reunión de los heroinómanos.

consumidores de drogas.
b) Desarrollar talleres para prestadores de servicios de atención y tratamiento de las drogodependencias, con el fin de que conozcan las posibilidades de comprensión y tratamiento que pueden desprenderse de la aplicación de una perspectiva de género.
c) Incorporar a <i>recuperadores identificados</i> en el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz y en los centros de atención o rehabilitadores que no los consideren.
d) Realizar talleres de capacitación y actualización con los prestadores de servicios de atención y tratamiento, profesionales y legos.

Tratamiento
a) Dar a conocer de manera ordenada, efectiva y discreta las opciones de tratamiento en Hermosillo, Sonora
b) Crear opciones laicas de tratamiento.
c) Garantizar el acceso de las mujeres a servicios de desintoxicación a través de protocolos médicos o alternativos.
d) Crear y estimular la formación de grupos de ayuda mutua para mujeres.
e) Aplicar una perspectiva de género en las instituciones mixtas, que tenga como fin educar en el respeto y la convivencia entre hombres y mujeres, durante el tiempo que dura el internamiento, para garantizar el libre tránsito de las mujeres al interior de los centros de tratamiento mixtos.
f) Dar seguimiento al cumplimiento de las condiciones que estipula la Norma 028, y apoyar y estimular a los centros rehabilitadores, para que alcancen condiciones de internamiento dignas.
g) Abatir la tortura y el castigo como formas terapéuticas. Cuidar que los derechos humanos de las y los consumidores de drogas no se vean atropellados durante sus internamientos.
h) Garantizar la salud y seguridad de los internos y las internas.
i) Diseñar programas terapéuticos de menor duración.
j) Contar con instalaciones adecuadas. Hacer grupos especiales para las mujeres en instituciones mixtas, con el fin de garantizar un espacio terapéutico que donde ellas se sientan cómodas, seguras y en confianza.
k) Aplicar programas de seguimiento y trabajar en la eliminación de la coerción moral que los recuperadores y prestadores de servicios, ejercen sobre las mujeres en procesos de recuperación.
l) Estimular y permitir la realización de investigaciones médicas y sociales, en centros de tratamiento abocados a las drogodependencias, con el fin de conocer el funcionamiento interno de las instituciones, sus principales problemas y posibles soluciones.

Una discusión desde las mujeres: comprender antes de atender

¿Cómo pueden saber si ya estoy recuperada? ¿Apoco tienen un *pinche* recuperómetro... que les dice, esta sí, esta no?

Alicia, usuaria de crystal 32 años.

Si bien, en esta tesis pudimos distinguir dos posibles sentidos que pueden las mujeres atribuir a sus procesos terapéuticos, sabemos que la condición social, estructural a la mujer, y el contexto asistencial en Hermosillo, Sonora, no les permiten discriminar entre: una recuperación para sí y una recuperación para los demás. Para que la primera forma de recuperación tenga sentido, no solo las condiciones de internamiento y los programas dirigidos a las mujeres deben ser adecuados, se trata de revisar la condición social de la mujer y considerarla un antecedente necesario para comprender y atender sus problemas de abuso y dependencia de drogas.

La definición de género que nuestra cultura ha dado a las mujeres, se relaciona principalmente con el ser para otros. Las mujeres deben definir su identidad a través de la realización de sus roles de madre y esposa (y actualmente de trabajadora exitosa), lo que la constituye en una *buena mujer*, así como el uso cuidadoso y respetuoso del cuerpo, destinado a la reproducción de la propia sociedad. Cuando estas expectativas de rol no se cumplen, las mujeres son estigmatizadas: malas mujeres que se han levantado contra el mandato del sistema sexo-género.

En el caso de las mujeres consumidoras de sustancias, esta falta al mandato cultural, ha significado para ellas una estigmatización y automarginación, así como una autorepresentación de *mala mujer*, lo que asociado a las características personales, familiares y sociales mencionadas, la convierten en la pero de todas, mas aun, cuando a esto se suma el trabajo sexual.

De esta forma, en el proceso de cambio, algunas mujeres, en algunos casos, coincide con hacerse cargo del mandato cultural, es decir, ser la cuidadoras y sostenedoras que no habían sido, pasar de *mala a buena mujer*. En otros casos, se logra una autodeterminación, ya que las mujeres presentaban dificultades para acatar al mandato cultural, cuando este no correspondía a sus propias necesidades.

Es por eso que cuando las mujeres en recuperación revisan sus experiencias de abuso y sus biografías, no deben despreciar su historia en aras de una *nueva mujer*, todo lo contrario, esas biografías deben revisarse a la luz de un contexto social que permita comprender mejor

sus procesos y resignificar los problemas a los que se enfrenta en la vida cotidiana a causa de las expectativas y contradicciones de género.

Sin duda, para transitar a un proceso de recuperación realmente sanador para las mujeres, debemos atender sus necesidades profundas, verlas no solo en su ser espiritual o psicológico, sino también desde su condición social. La recuperación es entonces un proceso complejo que requiere de diversas aristas para ser tratado de manera integral.

Ahora, debemos considerar, que una perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias puede ayudar a las mujeres a limar el peso de la cultura que cargan a espaldas, y de este modo, sanar la culpa por no responder a las expectativas que se tienen sobre las mujeres en general y particularmente de las mujeres que transitan por un proceso de recuperación.

Así entonces, el proceso de recuperación puede ser visto no solo como un proceso psicológico, donde trabaja problemáticas específicas que se encontraban asociadas a su consumo; sino también como un proceso de cambio cultural, donde la visión del mundo y de sí mismas se modifica. La recuperación no es meramente un proceso asistencial, sino un proceso de vida. De este modo, el significado de este pasaje terapéutico, llamado recuperación, está dado por las mujeres en sus contextos biográficos y sociales.

Vimos que si efectivamente se desea llegar a una comprensión de las experiencias de las mujeres con problemas de drogodependencias, debemos aclarar los desfases de las fronteras teóricas, a causa de conceptos universales, generalizadores y herederos de una carga biologicista y estigmatizante que en poco ayuda a la comprensión y análisis del consumo diferenciado de sustancias.

Examinamos, como una lectura sensible al género, nos permite visualizar la dimensión del poder. Desde esta postura, los estudios y acciones sobre mujeres con problemas de drogodependencia pueden brindar a la investigación un sentido histórico, contextual, crítico y referencial a las estructuras de poder vigentes, a través del feminismo y desde la trinchera de otras personas que simpatizan con este enfoque esto va siendo posible.

Solo puedo agregar, que para esta tesis fue una necesidad sentida cambiar la formas de referirnos a las mujeres con problemas de drogodependencias, y transitar de expresiones etiquetadas como *mujeres dictas*, *alcohólicas* o *irremediabilmente enfermas* a otras posibilidades del lenguaje que nos permitan buscar una solución a sus problemas, para así

dejar de ser *mujeres problemáticas* y tener la posibilidad de asumir y enfrentar situaciones diversas. Para ello debemos hacer cambios profundos, y apostar por conceptos que llamen a la salud, a la vida y al placer antes que a la enfermedad y el estigma.

Es por ello, que debemos hacer reflexiones más profundas, excavar en búsqueda de la arqueología de los conceptos, como diría Foucauld, y deconstruir y denunciar la *retórica del rechazo*, que es el lenguaje de la violencia y la discriminación, un discurso que sirve para subyugar y despreciar lo que no nos gusta, por el simple hecho de que lo reprobamos, no lo entendemos ni nos importa hacerlo. Esta forma de expresarnos del mundo, revela los límites de nuestra mirada, aunque vallamos por la vida siendo *buenos samaritanos*.

Ahora sabemos que no existe una definición única del camino terapéutico que conduce a la recuperación, más bien, podemos hablar de atajos, brechas y veredas. Es posible que no logremos definir exactamente lo que se entiende por un proceso de recuperación, pero podremos tener una respuesta parcial, siempre y cuando hagamos las preguntas correctas ¿recuperarse para quién? o mejor aun ¿según quién?

Antes que un proceso terapéutico, debemos tener presente que la recuperación se trata de un proceso del vivir, una reeducación para afrontar *solo por hoy*, nuestra existencia. La vida, en su contingencia, solo puede asegurarnos la sorpresa, frente a la cuál, siempre tendremos la posibilidad de reinventarnos: será entonces que el único método correcto para vivir, sea la vida misma, por eso, *felices veinticuatro*.

Bibliografía

Adler, Patricia “Ethnographic Research on Hidden Populations: penetrating the Drug World”. En: Lambert, Elizabeth. 1990. **The collection and interpretation of data from hidden populations**. NIDA Research Monograph 98, Rockville, MD. Pp. 96-112 Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/98.pdf> (Consultado octubre 2005).

Alcohólicos Anónimos. 1970 (1952). Los doce pasos. Alcohólicos Anónimos World Service.

Alcohólicos Anónimos. 1986. **El Libro grande. Texto Básico de Alcohólicos Anónimos**. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

Alpízar Ramírez, Graciela (et. al.). 2004. “Mujer y drogas”. Centro de Integración Juvenil, SEDESOL Baja California Sur.

Andrés Casas, Aldo. “**La drogadicción como proceso de salud-enfermedad-atención. Representaciones y prácticas sociales en conflicto**”. Publicado en el sitio el sábado, 09 de agosto de 2003, Cuaderno de Herramientas no. 2, Disponible en: <http://www.herramienta.com.ar/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=192&mode=thread&order=0&thold=0> (consultado octubre 2005).

Atkinson, Rowland and John Flint. 2001. “Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. Social research up date. Department of Sociology. University of Surrey. United Kingdom, Ed. Nigel Gilbert. Disponible en: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33> (consultado noviembre 2005).

Camping, Penélope. “Therapeutic communities” *Advances in Psychiatric Treatment* (2001), vol. 7, pp. 365 Disponible en: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/7/5/365> (consultado octubre 2005).

Canals Salas, Joseph. 2002. “El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar”. **Tesis de Doctorado**, Universitat Rovira I Virgili, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Tarragona.

Comelles Esteban, Josep .M. 1993. "La utopía de la Atención Integral en Salud. Autocuidado, Atención Primaria y Atención Institucional". En: Carlos Álvarez-Dardet y Miquel Porta: **Revisiones en Salud Pública** 1993, 3. Barcelona: Masson.

Comelles Esteban, Josep M. “De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual” Disponible en: <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>, (consultado octubre 2005).

CONACE, 2004 “Mujeres y tratamiento de drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas”, Chile, Disponible en: http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Libros_tratamiento/Tratamiento_mujeres_dependientes.pdf, (consultado Octubre 2005), 60 páginas.

De Keijzer, Benno. 1997. “El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva”. En: Tuñón Pablos, Esperanza (coord.) **Género y salud en el sureste de México**. El Colegio de la Frontera Sur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

De la Vega Morales, Arturo. “Modelo de atención en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte”. En: **Salud Mental y Adicciones**. Año 10 No. 29 Abril 2001, Hermosillo, Sonora.

Denman Champion, Catalina A. 2001. “**Prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, México**”. El Colegio de Michoacán. Zamora: Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales.

Denman, Catalina A. y Armando Haro (comps.). 2000. “Introducción: Trayectorias y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social”. En: **Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social**. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.

DSM-IV- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1997 Barcelona: Masson.

ENA, 2002 Tabaco, alcohol, y otras drogas. Resumen Ejecutivo. SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI.

ENA, 2002, Tabaco, alcohol y otras drogas. **Resumen Ejecutivo**. SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI.

Ettorre, Elizabeth y Elianne Riska. “Psychotropics, sociology and women: are the “halcyon days” of the “malestream” over? **Sociology of Health & Illnes**, Vol. 15 No. 4, 1993 p. 503-524 1993, Editorial Board, Cambridge.

Ettorre, Elizabeth. 1994. “¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer”, En: Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. **Mujer y Salud una perspectiva feminista**. Paidós: Barcelona.

Ettorre, Elizabeth. 1998. **Mujeres y alcohol ¿Placer privado o problema público?** Narcea, Madrid.

Galindo Cáceres, Luis Jesús. 1998. **Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación**. México: Addison Wesley Longman.

Goffman, Irving. 1995. **Estigma. La identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrurtu.

Goudsmit, Ellen M. 1996. "Capítulo 1: ¡Todo es mental! Puntos de vista estereotípicos y la Psicologización de las enfermedades de la mujer". En: Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. **Mujer y Salud una perspectiva feminista**. Paidós: Barcelona.

Graham, Hilary. 1994. "Sobrevivir con el tabaco". En: Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger (comp). **Mujer y salud una perspectiva feminista**. Paidós: Barcelona.

Hammersley Martín y Paul Atkinson. 1994. **Etnografía. Métodos de investigación**. Barcelona: Paidós.

Haro Encinas, Jesús Armando. "Bailando con el mono y con el bicho: etnografía y adherencia terapéutica a antiretrovirales entre adictos a la heroína con SIDA en el barrio chino de Barcelona". En: Trabajo Social y Salud (Zaragoza) No. 39, 2001: 277-319.

Haro Encinas, Jesús Armando. 2000. "Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud". En: E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds., **Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina**, Barcelona, Ediciones Bellaterra, Serie General Universitaria 8, pp. 101-161.

INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2000.

Jodelet Dense. 1984 La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En: Moscovici S, **Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales**. Barcelona: Paidós.

Kort, Elke, "Un modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas". Disponible en: <http://www.adicciones.org.mx/modelo.html> (consultado octubre 2005).

Lambert, Elizabeth (comp.) 1990. **The collection and interpretation of data from hidden populations**. NIDA Reserch Monograph 98, Rockville, MD. Pp. 96-112 Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/98.pdf> (consultado octubre 2005).

Lamo, Emilio. 1993. **Delitos sin victima. Orden social y ambivalencia moral**. Madrid: Alianza Editorial.

Largarde, Marcela. 1993. CAP. XIII "Las locas" En: **Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas**. UNAM, México, pp. 687-831.

Martín Pozas, Jesús. "Historia y evolución de las comunidades terapéuticas". Federation of European Professional Associations Working in the Field of Drug abuse (ERIT) Disponible en: http://www.ert.org/articles/historyCCTT_esp.htm (consultado octubre 2005).

Matamala, Ma. Isabel. 2000. "¿Somos ciudadanas sexuales? Apuntes para la reflexión", En: Gómez, Adriana (ed.) **Mujeres, sexualidades, derechos. Un camino en construcción**. Cuadernos Mujer y Salud / 5, Chile Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Menéndez, Eduardo y Di Pardo R. 1996. **De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización.** México: CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social).

Núñez Noriega, Guillermo. 1994. **Sexo entre varones; poder y resistencia en el campo sexual.** División de Ciencias Sociales de la UNISON, El Colegio de Sonora: Hermosillo, México.

Ravazzola, Ma. Cristina. 1997. **Historias infames: Los maltratos en las relaciones.** Barcelona: Paidós, pp.205-238.

Ravelo Blancas, Patricia. 2000. “Representaciones y prácticas de alcoholización femenina: experiencias de un grupo de obreras del vestido”. En: Francisco Mercado Martínez y Teresa Margarita Torres López, **Análisis Cualitativo en salud. Teoría, método y práctica.** Guadalajara: Plaza y Valdéz, U. de G., Pp. 195-221.

Rivera Navarro, Jesús. “Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas”. **Revista de Antropología Experimental**, No. 5, 2005. Universidad de Jaén. Texto 13, ISSN:1578-4282, 21 páginas, <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2005/rivera05.pdf>, (consultado 12 octubre 2005).

Romaní, Oriol. 1999. **Las drogas: sueños y razones.** Barcelona: Ariel.

Ruíz Olabuénaga, J.I. y Ispizua, M.A. 1989. “La entrevista en profundidad” **La descodificación de la vida cotidiana.** Bilbao: Ed. Universidad de Deusto.

Scott, Joan. 1997 “El género una categoría útil para el análisis histórico”. En: Lamas, Marta (comp.) **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual.** México: PUEG, UNAM.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. “SISVEA. Informe de resultados 2004 “. Gobierno del Estado de Sonora. Secretaria de Salud Pública.

Thompson, John B. 1998. Los media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación. Paidós: Barcelona.

Ussher, Jane. 1991. **La psicología del cuerpo femenino.** Madrid: Arias Montano Editores.

Valle Leoni, Sergio Rolando Programa de capacitación sobre el modelo de Comunidad Terapéutica. Módulo 1. Asociación Casa Alianza, Guatemala. Disponible en: www.casa-alianza.org/.../site/content/download/309/1177/file/Comunidad%20Terapeutica%20-%20modulo%201.pdf – (consultado octubre 2005)

Anexo 1. Cuestionario

CUESTIONARIO ANONIMO

Hola amiga, mi nombre es Gabriela Sánchez López y estoy estudiando una maestría en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora. Estoy interesada en hacer una tesis sobre *mujeres y adicciones*, tu podrías ayudarme mucho contestando este cuestionario, para eso debo decirte que la información que tu me proporciones es secreta y confidencial, además NO necesito que me des tu nombre. Mi intención al pedirte que contestes estas preguntas, es recabar información para mi trabajo escolar. Al terminar guarda de nuevo el cuestionario en el sobre y ciérralo, así sabrás que tus respuestas no las vera nadie más. Agradezco de antemano tu colaboración.

1. GENERALES

1.- ¿Cuántos años tienes?_____

2.- ¿Cuál es tu Estado Civil? Soltera Casada Unión Libre

Viuda Divorciada Separada

3.- ¿Tienes pareja actualmente? SI NO

4.- ¿Cuántos hijos tienes?_____ No tengo hijos

5.- ¿Quién te lo (s) cuida?_____

5.- ¿Hasta qué año llegaste en la escuela?_____

6.- ¿Profesas alguna religión?_____

2. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

7.- ¿Actualmente a qué te dedicas? *Especifica:*

Trabaja _____ Estudia _____ Ama de casa

Otro:_____

8.- ¿Actualmente con quien vives? _____

3. SERVICIOS DE SALUD

9.- ¿Tienes servicios médicos? SI NC

10.- ¿Con qué institución? Seguro Social ISSSTE

SSA Otra: _____

11.- ¿Qué problemas tienes para atenderte cuando te enfermas o necesitas ir al médico?

4. HISTORIA DE LA ADICCIÓN

12.- ¿A qué edad comenzaste a consumir drogas / alcohol? _____

13.- Consumías: Solo drogas Solo Alcohol Alcohol y drogas

14.- *Sí consumiste drogas*, ¿Qué drogas consumías? _____

15.- ¿Con qué droga (incluido el alcohol) tocaste fondo? _____

16.- *Enumera del 1 al 3 tus mayores problemas, escríbelo en la rayita* ¿Qué problemas tuviste durante tu consumo activo de drogas?

a) ____ Problemas en el trabajo

b) ____ Problemas legales

c) ____ Problemas de salud

- d) ____ Problemas familiares
- e) ____ Problemas de dinero
- f) ____ Otro: _____

5. CARRERA DEL ENFERMO:

17.- ¿Alguna vez has tenido una sobredosis? SI NO

18.- *Si tu respuesta fue SI*, ¿qué hiciste? ¿a dónde fuiste? _____

19.- Marca con una X, si has acudido a buscar ayuda para tu problema de adicción en los siguientes lugares (puedes marcar mas de dos):

- a) ____ Con un médico privado
- b) ____ Tratamiento psiquiátrico
- c) ____ Centro de Integración Juvenil
- d) ____ En un Grupo de A.A.
- e) ____ En un hospital , especifique cuál: _____
- f) ____ En un anexo
- g) ____ En un grupo religioso
- h) ____ Tratamiento Psicológico
- i) ____ Otro: _____

20.- ¿Actualmente sigues un tratamiento psiquiátrico? SI NO

21.- ¿Porqué crees que se droga o alcoholiza la gente? _____

6. RED SOCIAL Y FAMILIAR

22.- ¿Quién te trajo o envió a este lugar para que te recuperaras de tu problema de adicciones o alcoholismo? _____

23.- ¿Has recibido apoyo familiar?_____ ¿Por qué?_____

7. SOBRE SU ACTUAL PROCESO DE RECUPERACIÓN:

24.- ¿Tu tomaste la decisión de recuperarte? SI NO

25.- ¿Quién te ayudó a tomar la decisión?_____

26.- Marca con una cruz ¿Cuál de estas razones fue la más importante para tomar la decisión de recuperarte?

a) ____Problemas económicos

b) ____Problemas familiares

c) ____Mi trabajo

d) ____Problemas de Salud

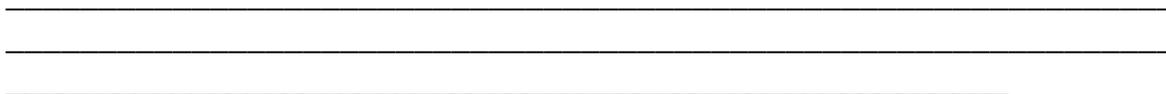
e) ____Ganas de cambiar

f) ____Embarazo

27.- ¿Qué problemas has tenido en tu proceso de recuperación?

28.- ¿Habías estado antes en un proceso de recuperación? SI NO

29.- ¿Qué crees que se pudiera hacer para ayudar a las mujeres que tienen problemas con el alcohol y/o las drogas?_____



Gracias por tu ayuda

Anexo 2. Galería de prensa



Márquez, Manuel. (2005) “Caen más menores en garras del vicio”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 21 de enero.

17/1/04

HISTORIA DEL DÍA

Rescatan a tres infantes que sufren de malos tratos

Por Shaila Rosagel y Jesús Cázares
srosagel@elimparcial.com

Tres menores de edad abandonados en la colonia López Portillo fueron puestos a disposición de la Procuraduría del menor y la Familia, después de que pidieran ayuda a la Policía Municipal.

Francisco C. R. de doce años, Reina Guadalupe C. V. de once años y Francisco Javier A. T. de ocho años, responsabilizaron a sus madres entre ellas a María Luz Corrales Arellano de embriagarse, maltratarlos y abandonarlos.

Los vecinos del domicilio de los infantes señalaron que los menores sufren de abandono, violación, maltrato, drogadicción y que pasan días enteros sin alimento.

Los testigos aseguraron presentar escándalos y venta de drogas en las noches en el domicilio de los menores, en donde se dan cita elementos de la Policía Municipal.

Externaron que los menores deambulan por las calles y piden comida a los habitantes de las casas aledañas.

Ante esto, Claudia Indira Contreras Córdova, de la Agencia Especializada en Violencia Intrafamiliar, anotó que la menor fue víctima de violación y corrupción de menores en dos ocasiones en el año 2003.

"La niña declaró acceder a los favores sexuales a cambio de una bolsa de resistol y se resistió a recibir ayuda psicológica y asistencial", subrayó la agente.

En cuanto a la Procuraduría de



Esta es la casa donde viven los menores que fueron salvados por policías al encontrarlos en estado de abandono.

la Defensa del Menor y la Familia, el titular Gabriel Baldenebro Patrón, informó que los menores han permanecido bajo el cuidado y la responsabilidad de DIF Sonora.

"A las 8:00 horas los padres no se habían presentado en el domicilio", dijo, "se estuvo pendiente de que llegaran para ponerlos en conocimiento de que sus menores habían sido trasladados a nuestras casas hogar".

La niña fue entregada al cuidado de la Casa Hogar Unacari mientras que los dos niños fueron llevados al Albergue Temporal

Jineseki.

Puntualizó que los niños se encuentran bien de salud y que no muestran señas de agresión física por lo que están a la espera de localizar a los padres para tomar las medidas correspondientes.

El procurador, aseveró que hasta el momento sólo tienen elementos para determinar que se incurrió en negligencia en los cuidados de los pequeños.

De tal forma que los papás, cuando sean localizados, serán canalizados al programa "Escuela para Padres".

Rosagel, Shaila y Cázares Jesús. (2004) "Rescatan a tres infantes que sufren de malos tratos". Hermosillo, Metro, El Imparcial, 17 de enero.



Redacción (PH) (2005) “Acusan a mujer de golpear a hija”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 22 de mayo.



Gallegos, Zoraida. (2005) “Justifica mujer abandono de hijos”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 8 de junio.

4 **La i** **NOTICIAS** juv

EN EL ABANDONO

encuentran a dos niñas de 2 y 3 años

» La madre acepta que es alcohólica y que no trabaja

Un par de niñas de 3 y 2 años fueron encontradas embarradas de excremento y vómito de su madre, quien se encontraba dormida ebria en el interior de un pick up, afuera de una gasolinera, ubicada en bulevar Solidaridad y Progreso.

Borrachos
La madre, Rita Elena Medina López, de 22 años, estaba en compañía de Manuel de Jesús Fimbres Zayas de 55 y ambos ebrios. Los policías encargados del caso informaron que empleados de la gasolinera los llamaron, ya que el auto donde se encontraban estaba obstruyendo el paso de las bombas de gasolina.

"Las niñas estaban llorando y estaban muy sucias, mientras que la pareja se quedó 'botada', entonces llamamos al DIF y se llevó a las niñas", señalaron los agentes.

Investigarán el caso
Gabriel Baldenebro Patrón, Procurador de la Defensa del Menor, explicó que las niñas permanecen en Casa Unacari y su madre, quien aceptó problemas de alcoholismo, estará bajo tratamiento médico y terapias. "Ella explicó que no tiene pareja y que no trabaja, así que investigaremos", manifestó Baldenebro.

Texto: Lizbet Leyva @lahermosillo.com
Fotos: Yonatan Robles



» DICE
"La omisión de cuidados es un delito de violencia intrafamiliar, pero habrá que ver que dice el MP"

Gabriel Baldenebro
Procurador de la Defensa del Menor

» DATOS
Línea protege
El Procurador de la Defensa del Menor pide a toda persona que vea algún abuso o descuido de menores se comuniquen a los teléfonos 2145029 y al 018005017777.

RESPONSABLES. Rita Elena aseguró que su acompañante es un amigo de ella.

Redacción. (2005) "En el abandono encuentran a dos niñas de 2 y 3 años. La madre acepta que es alcohólica y que no trabaja". Hermosillo, Noticias, La i, 29 de septiembre.

La trasladan a Unacari **Abandona madre a su hija**

Por Luz B. Arredondo

Al sufrir el abandono de su madre, una pequeña de un año y cuatro meses de edad ingresó a la Casa Hogar Unacari, después de que el amante de su progenitora la dejó con unos familiares, quienes a su vez la entregaron a la Policía Municipal.

Los hechos ocurrieron a las 21:35 horas del lunes, cuando los agentes Eduardo Grijalva Alvírez y Francisco Javier Vega Ramírez, acudieron a una casa de la colonia Villa Hermosa en donde se reportaba a una menor abandonada.

El tío de la menor, la puso a disposición de a los agentes argumentando que no podía cuidarla y que momentos antes una mujer que aparentemente es pareja de su pariente, la había llevado porque tampoco podía hacerse cargo de ella.

La mujer le dijo que la mamá de la menor tenía dos días sin aparecer por el domicilio que comparten en la colonia Los Olivos.

Indicó además que ésta consume drogas de todos tipos a diario y que tiene otros tres hijos que no están con ella.

Al conocer el problema familiar, los agentes trasladaron a la niña a la Casa Hogar Unacari, donde pasó la noche y el día de ayer.

El caso fue puesto a disposición de la Procuraduría de Defensa del Menor, quien ayer mismo inició las investigaciones sin poder localizar a la madre.

La subprocuradora, Lourdes Montoya Aguillón, informó que toda la información que tienen será verificada para evitar caer en falsas especulaciones.

Arredondo, Luz B. (2000) "La trasladan a *Unacari*. Abandona madre a su hija". Hermosillo, Metro, El Imparcial, 15 de marzo.

2/B

EL IMPARCIAL-Hermosillo, Sonora, México

... Metro ...

RESPIRA CON EQUIPO ESPECIAL

Descartan médicos intoxicación de bebé

Al principio se manejó la información que la niña había sufrido efectos nocivos al exponerla a vapores de "crystal"

Por Luz B. Arredondo
larredondo@elimparcial.com

Esmeralda, la niña de 8 meses de edad, respira auxiliada con equipo médico.

Desde el martes, la bebé se encuentra internada en el Hospital Infantil del Estado (HIES); al principio se creía que estaba intoxicada al aspirar vapores de la metanfetamina "crystal", pero médicos aseguran que sufre una encefalitis, una infección en el cerebro.

Si la niña habrá de recuperarse o no de esa condición, es una información reservada ya que el pronóstico es incierto.

Lo único que se ha dicho es que la pequeña se encuentra muy grave de salud.

Pese a que los estudios médicos descartan una intoxicación, en la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia tienen información que confirma que por lo menos la madre de la pequeña es adicta.

El procurador Gabriel Baldenebro Patrón informó que hasta ayer al mediodía no había aparecido la madre de la bebé, quien apenas tiene 19 años.

La única integrante de la familia de Esmeralda que estaba al pendiente era la tía, de 18 años, que el martes la llevó a la sala de urgencias del HIES.

Baldenebro Patrón advirtió que hay antecedentes que hablan de un problema de adicciones en la familia, lo que de confirmarse llevaría a la autoridad a exigirles



Lorenia Siqueiros Martínez, abuela de la menor intoxicada, muestra el juguete que se quemó y que al parecer fue lo que le causó la intoxicación a la bebé Esmeralda Jaime Siqueiros.

que se rehabiliten para que puedan recuperar a la niña.

Hasta el momento las indagaciones de la Procuraduría de Defensa del Menor concluyen que la madre incurrió en una negligencia en los ciudadanos, una situación que también significa violencia intrafamiliar.

El procurador adelantó que cuando Esmeralda se recupere, ingresará a la Casa Hogar Unacari y comenzará el proceso de estudio psicológico para determinar si la madre puede recuperarla, si se pone a disposición de familiares o si definitivamente se realiza el juicio de pérdida potestad.

ESTABA ENFERMITA

Pensó abuela que moriría

Por Romina Montes
rromontes@elimparcial.com

"Creí que se me había muerto, la bebé estaba enferma desde hace una semana y la llevaba al DIF pero no la internaban, ahora empeoró porque ayer en la madrugada se incendió un carrito del hermanito y respiró el humo", manifestó Lorena Siqueiros, abuela de la menor.

La mujer agregó que no cuentan con energía eléctrica en su domicilio ubicado en la colonia Cuauhtémoc, por lo que se ven en la necesidad de utilizar velas.

"Estábamos dormidas cuando el juguete que le acaba de amanecer en Navidad se empezó a quemar, y como pude apagué el fuego pero noté que la niña se ponía cada vez peor y pedimos raité para llevarla al Hospital", explicó.

Según la abuela, quien se encuentra a cargo de la niña y su hermanito de tres años, los doctores le informaron que a la menor le iban a poner una válvula en la cabeza.

Los vecinos señalaron que el domicilio de la bebé es un tiradero de droga pues observan muy seguido que llegan y salen jóvenes de ahí.

La abuela de los niños aseguró que su hija, María José Jaime, de 20 años, se había desatendido de ellos mientras que su hermana, Alma Justina, confirmó la adicción de la joven madre al "crystal".

Arredondo, Luz B. (2005) "Descartan médicos intoxicación de bebé". Hermosillo, Metro, El Imparcial, 5 de enero.

23
7
04

SUPERA MUJER ADICCIONES Y PROSTITUCIÓN

Descubre ayuda después de llegar al límite

Alicia en los últimos dos años ha recibido ayuda para tratar su problema de adicciones y salir del mundo de la prostitución.

Por Shaila Rosagel
rosagel@elimparcial.com

Alicia llegó al límite, vender drogas y prostituirse para beber alcohol y continuar con la marihuana y las pastillas, hasta que un día descubrió un abrazo fraterno, acompañado de una oportunidad de vida.

"Un día desperté en un charco de sangre... yo recordaba que alguien había estado a mi lado y pensaba... ¿con quién estuve? ver todo eso, es muy fuerte, muy espantoso", recordó.

Después de haber perdido la esperanza y el sentido a su vida pues desde los 12 años cayó en el alcoholismo, "Alicia", se casó con un hombre, sin saber que era homosexual, decidió agredirse.

Así llegó a la Posada del Buen Samaritano, desesperada y en busca de ayuda para poder seguir viviendo, después del intento fallido de suicidarse.

"Cuando yo recién llegué, una muchacha se me acercó y me dijo 'mira es la terapeuta y te voy a presentar con ella', sin conocerme ni nada me abrazó y dije 'cómo tienen vibración buena, cómo tienen amor', expresó.

Ese día "Alicia" se abrazó a aquella mujer y al lugar en donde le dieron una nueva alternativa para continuar, a través de lograr un día más sin las adicciones y de una "lucha a muerte" por la vida.

"Empiezas a sentir que el corazón no te está latiendo, a correr de la desesperación cuando estás desintoxicándote", externó, "tuve que ser muy fuerte, pero al final estoy orgullosa de mí".

Con satisfacción tras superar su pasado de adicciones, "Alicia" retomó de nuevo sus ilusiones a sus 50 años y dedica su vida a servir a los demás ayudando a otras mujeres que como ella, deciden buscar una opción distinta.

"Yo invito a todas esas personas que creen que todo se acabó, que ya no hay un aliente a buscar ayuda, a ir a la Posada del Buen Samaritano, donde me ayudaron a mí y a otras más".

Actualmente "Alicia" recuperó a sus hijos y persigue metas, se dedica a trabajar con otras mujeres en proceso de recuperación y busca prepararse más para ayudar mejor.

NO SOLUCIONARIA EL PROBLEMA DE SALUD

Descarta la zona de tolerancia

Por Alfonso López
alopez@elimparcial.com

La creación de una nueva zona de tolerancia no solucionaría el problema de salud que genera la prostitución ya que de todas formas existirían sexoservidores que trabajarían de manera clandestina.

Eugenio Gómez Rodríguez, titular de Salud Pública Municipal en Hermosillo, indicó que los antecedentes muestran que al existir una "zona" controlada aumenta la oferta de sexo servicio fuera de ella.

"Determinar si se abre o no una zona de tolerancia no compete a Salud Municipal", apuntó, "pero mi punto de vista es que no es la solución".

Señaló que aunque es cierto que algunas personas contarían con su tarjeta de salud y estarían en regla, un número considerable de sexoservidores por distintas razones optarían por trabajar de manera ilegal.

"Si hubiera un lugar donde se concentraran las prostitutas", dijo el funcionario, "tendríamos el mismo problema, el mismo trabajo y el mismo reclamo de la comunidad".

Abundó que la venta de sexo es una actividad muy dinámica y con población flotante ya que las personas que se dedican a esto en su mayoría cambian de ubicación constantemente.

Gómez Rodríguez reiteró que esta conducta social por el momento no está fuera de control.

Rosagel, Shaila. (2004) "Supera mujer adicciones y prostitución. Descubre ayuda después de llegar al límite". Hermosillo, Metro, El Imparcial, 23 de julio.

BAILARINA

Gana bien en un "table"

Por Manuel Angulo C.
mangulo@elimparcial.com

Delgada, cabello lacio y largo, a media espalda; tez morena clara.

"Yahana" arranca silbidos, gritos y hasta groserías de los hombres que acuden al "table dance" donde cada noche contonea su esbelta figura.

Tiene 19 años y asegura que hace escasos 8 meses empezó a bailar en centros nocturnos, fue contactada por un taxista y una amiga.

Es una de las aproximadamente doce mujeres que hacen el espectáculo de semi-desnudos, algunas total, y que son el principal atractivo del lugar ubicado en la colonia San Benito.

La prostitución sí se ejerce por la mayoría de las bailarinas, asegura la joven mujer, pero ella prefiere no hacerlo ya que tiene novio.

Con lo que le pagan por bailar en la angosta pasarela, con las invitaciones que recibe de los clientes para que los acompañe en la mesa, y con los bailes privados, llega a llevarse hasta mil 500 pesos por noche.

"Yahana" es hermosillense, pero ya ha viajado a Sinaloa en los últimos meses, en donde también se emplea como bailarina.

El uso de drogas, comentó, es algo común entre las bailarinas de los "table dance", aunque depende de cada quien si las consume o no.

Angulo C., Manuel. (2004) "Gana bien en un *table*". Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 19 de julio.



Larrinaga, José. (2003) “Los *narcos*. Utilizan a mujeres”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 19 octubre.

Martes 17 de mayo del 2005

... Policiaca ...

EN LA COLONIA EUSEBIO KINO

Vendía mariguana y la sorprendieron

Mujer de 71 años presuntamente se dedicaba al "narcomenudeo" pero agentes municipales la detuvieron cuando realizaba su actividad

Por Omán A. Nevárez
onevarez@elimparcial.com

Cuando vendía un envoltorio de mariguana a tres hombres fue arrestada el domingo una mujer de 71 años en la colonia Eusebio Kino.

La "narcoabuelita" fue sorprendida en flagrancia por los agentes de la Policía Municipal, Jesús Nieblas Morales y Sergio Antonio Campillo Trujillo, quienes le aseguraron un total de 10 porciones de la hierba.

Al parecer, Librada Méndez Figueroa tenía establecido un "tiradero" de droga en su domicilio ubicado en la esquina de las calles Bacanora y López del Castillo.

Agentes municipales que realizaban un recorrido de vigilancia por el lugar, observaron cuando la señora entregaba un envoltorio a través del cerco a un hombre.

Al realizar una revisión corporal al sospechoso, los uniformados le hallaron una pequeña porción de droga entre sus ropas y señaló a la mujer que momentos antes se la había vendido.

Doña Librada aceptó haber realizado la venta de la droga y entregó 10 porciones más que tenía en su poder, por lo que fue detenida junto a otras dos personas que es-



Librada Méndez Figueroa, de 71 años, fue arrestada cuando tenía en su poder 10 envoltorios de mariguana en la colonia Eusebio Kino.

taban con ella.

La mujer y la hierba quedaron a disposición de las autoridades federales, al igual que Alberto

Miranda Robles, de 48 años, José Luis Mimbres Parra, de 19, y Juan Carlos Lavandera Peñúñuri, de 34.

EN LA EXPOGAN

Cae "tirador"

Por Omán A. Nevárez
onevarez@elimparcial.com

Un joven conocido como "El Pancho López" fue arrestado el domingo dentro de las instalaciones de la ExpoGan, luego de que le hallaron dos porciones de la droga conocida como "crystal".

A las 23:30 horas agentes de la Policía Preventiva que vigilaban el interior de la Expo recibieron el reporte de un hombre que dijo haber visto cuando dos sujetos realizaban una compra-venta de droga.

El hombre, quien omitió sus datos, reportó que uno de los malandrines que andaba en el área de juegos era de aspecto cholo y vestía pantalón negro con camisa azul.

Momentos después los oficiales ubicaron a Francisco Javier López Mendivil, quien tenía en una bolsa de la camisa dos pequeños envoltorios con "crystal".

El hombre de 27 años fue cuestionado sobre la persona a la que había comprado la droga, pero no proporcionó ningún dato.

"El Pancho López" fue trasladado a la Comandancia de Policía Zona Sur, donde fue certificado y se le turnó a la Agencia del Ministerio Público Federal.

Curtis Quintero

Nevárez, Omán. (2005) "Vendía marihuana y la sorprendieron". Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 17 de mayo.



Nevárez, Omán A. (2005) "Queda en Cereso la "Narcoabuelita". Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 19 de mayo.



Nevárez, Omán A. "Traían revólver y drogas". Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 24 de enero.

— DETIENEN A DOS MUJERES —



José Guerra

Un considerable número de jóvenes son detenidos como "tiradores" de droga por parte de la Procuraduría General de la República (PGR).

Catean casas y hallan droga

Los agentes federales confiscan marihuana,
metanfetamina y cocaína en distintas acciones

Por José Guerra
jguerra@elimparcial.com
CABORCA, SONORA (PH)

El decomiso de 20 kilos de marihuana, de 23 bolsitas con metanfetamina y 16 envoltorios con cocaína, así como la detención de cinco personas, logró la PGR en la localidad.

Este resultado se obtuvo después de un operativo en la salida Norte de la ciudad y dos cateos domiciliarios en la Comisaría Plutarco Elías Calles (Y Griega), instruidos por el agente del Ministerio Público Federal, Jacob Valdez Rocha.

Las detenidas son Perla Yedit Cruz Ruiz y Amelia Guadalupe León Pacheco.

A las dos mujeres se les aseguraron 23 envoltorios con droga conocida como "crystal" en su interior con un peso en total 9.8 gramos; así como cinco bolsitas más con cocaína, con peso en conjunto de 0.5 gramos y 470 pesos.

El segundo cateo se efectuó en la casa de enfrente de la antes mencionada, donde no se detuvo a nadie, pero se localizaron once envoltorios con cocaína en su interior y que presentaron un peso bruto de 8.8 gramos.

En un operativo móvil realizado en el kilómetro 112, tramo carretero Caborca-Sonoyta, se detuvieron a Jesús Ramón Romero Díaz, Teresa Judith Flores Aarón y José Luis Hernández Amescua, por la posesión de 20 kilos de marihuana.

La droga estaba contenida en ocho paquetes confeccionados en cinta color café e iban en el interior de un saco de ixtle que transportaban en una caja de un vehículo tipo pick up.

La unidad es de la marca Dodge, modelo 1994, color gris, con placas de circulación número ZVZ-49-35.

En todos los casos los detenidos y la materia asegurada se puso a disposición del representante social federal para la integración de la averiguación previa correspondiente.

Guerra, José. (2005) "Detienen a dos mujeres. Catean casas y hallan droga". Hermosillo, Caborca, El Imparcial, 30 de julio.

Aprehenden a una mujer con 'crystal' y mariguana

Por Cuitláhuac Quintero C.
cqintero@elimparcial.com

Con cuatro envoltorios de mariguana y cuatro más de "crystal" se detuvo a Ana María Peralta Martínez, quien entregó la droga de manera voluntaria a la Policía.

Fue ubicada a las 3:40 horas por los elementos de la Policía Municipal en Guadalupe Victoria y Rebeico, cuando iba en una bicicleta rodado 20 de color roja.

Al ser abordada por los agentes Carlos López y Jorge Alberto Lizárraga, se puso nerviosa por lo que apenas iba a solicitar un elemento femenino de la corporación para ser revisada.

Pero Peralta Martínez se negó y a cambio entregó un monedero de mano de color negro, donde traía en el interior cuatro envoltorios de mariguana y cuatro más de "crystal".

Además de los enervantes, también se le aseguró 216



Banco Digital

Con mariguana y "crystal" detuvo la Policía a Ana María Peralta Martínez.

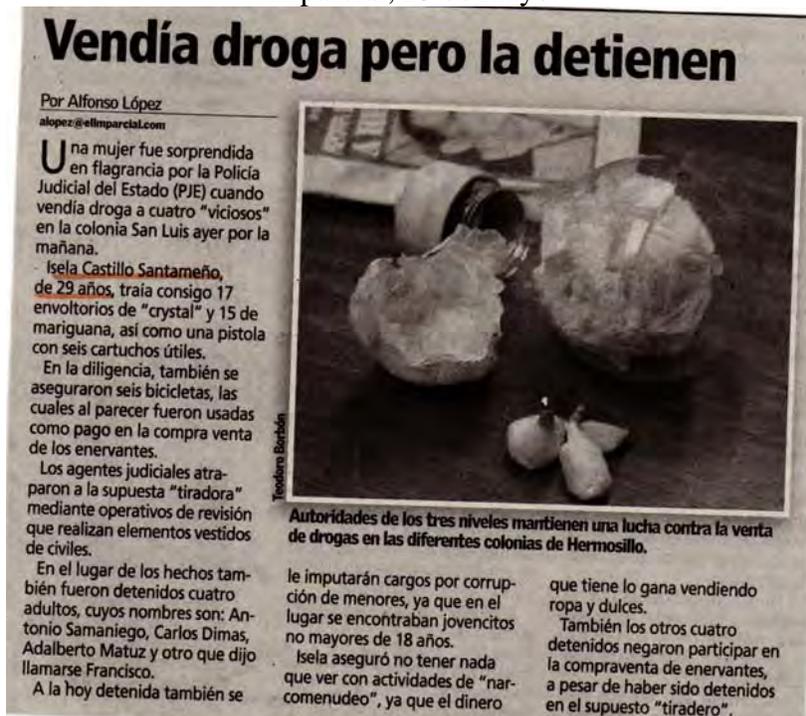
pesos en efectivo y fue remitida a la Comandancia Centro, resultando con intoxicación por el consumo de ambas sustancias.

Quedó a disposición de la Agencia del Ministerio Público Federal por la posesión de la mariguana y de la droga sintética conocida como "crystal".

Quintero, C. Cuitláhuac. (2005) "Aprehenden a una mujer con *crystal* y mariguana". Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 12 de noviembre.



Márquez, Manuel. (2005) "Enterraba droga en su casa". Hermosillo, Guaymas, El imparcial, 25 de mayo.



López, Alfonso. (2005) "Vendía droga pero la detienen". Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 7 de julio.



Márquez, Manuel. (2005) "Atrapan a *tiradores* de droga". Hermosillo, Estatal, El Imparcial, 23 de julio.



Redacción. (2002) "Le encuentran drogas en ropa". Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 23 abril.



Jiménez, Alfredo. (2004) "Le encuentran droga a mujer". Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 27 de octubre.



Redacción (PH). (2005) "Sorprende a joven al robar en super". Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 23 de octubre.

Jueves 12 de mayo del 2005

INCAUTAN 45 CARTUCHOS ÚTILES



Las autoridades buscan pistas sobre el cuádruple homicidio registrado el domingo pasado.

Arrestan a mujer durante cateos

Por José Guerra
jguerra@elimparcial.com
CABORCA, SONORA (PH)

La detención de una mujer y el decomiso de alrededor de 45 cartuchos útiles de diferentes calibres, fue el resultado de cuatro cateos que efectuó la PGJE.

Como parte de la investigación del homicidio en número de cuatro que se registró el domingo pasado, personal de la Procuraduría General de Justicia del Estado efectuó la tarde noche del martes cuatro cateos domiciliarios.

Uno de ellos se registró en calle 24 y avenida "R", de la colonia Deportiva, donde se detuvo a Elizabeth Ortiz Bon, por haber encontrado en el interior alrededor de 20 cartuchos útiles calibre 45.

Otro más se efectuó en calle Primera de los Jardines y avenida 27 de Agosto, donde se hallaron aproximadamente 25 tiros útiles, uno de calibre 2.23, varios de .380 y el resto de calibre .9 milímetros.

Una revisión domiciliaria más se hizo enseguida de este domicilio, por la avenida 27 de Agosto y otra en la colonia Agronómica, en las cuales no se localizaron evidencias.

Desde las 16:00 a las 20:00 horas se efectuó este operativo encabezado por el agente primero del Ministerio Público del Fuero Común, Víctor Bonillas Murrieta, para buscar instrumentos del delito e indicios sobre los homicidios.

Los ultimados del domingo son Alejandro Molina Pérez, Juan Pablo Romero Martínez, Raúl Romero Martínez y Óscar Álvarez Córdova, algunos con tiros de gracia en la cabeza.

Aunque las autoridades no lo han dado a conocer, se presume que la línea más fuerte de los homicidios es de tipo pasional contra uno de los occisos, con consecuencia en la muerte de los demás, para evitar dejar testigos.

Por la utilización de armas de grueso calibre en los homicidios, no se descarta la presencia de personas involucradas al narcotráfico.

Las autoridades cuentan con la identidad de uno de los presuntos responsables, pero hasta el momento no han revelado el nombre para evitar entorpecer su posible detención.

Realizan investigación del homicidio de cuatro personas que se registró el domingo pasado

Guerra, José. (2005) "Arrestan a mujer durante cateos". Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 12 de mayo.

REALIZA OPERATIVOS PGR

Arrestan a tres 'tiradores' en cateos domiciliarios

Porciones de cocaína fueron incautadas por los federales

Por José Guerra
jguerra@elimparcial.com
CABORCA, Sonora (PH)

Un total de doce envoltorios de cocaína y la detención de tres personas logró la Procuraduría General de la República (PGR) en el Municipio, luego de llevar a cabo tres cateos domiciliarios.

En cumplimiento a la orden de cateo que otorgó el juez primero de Primera Instancia de lo Penal de este distrito judicial, el agente del Ministerio Público Federal, Jonás Vázquez Rocha, instruyó las revisiones domiciliarias.

Integrantes de la Agencia Federal de Investigación (AFI), a cargo del comandante Víctor Pérez, se dieron cita en la casa ubicada en calle Nueve, entre las avenidas "W" y Antimonio, de la colonia Industrial.

En este lugar se detuvo a quien dijo llamarse Carlos Celaya López, después de que se le aseguraran siete bolsas con cocaína, que en total registraron un peso bruto de 3.5 gramos, además de 100 pesos.

El segundo cateo se efectuó en avenida Antimonio, entre calles Nueve y Diez, de la misma colonia, pero no se obtuvieron resultados positivos.

La tercera inspección ocurrió en el domicilio ubicado en avenida G, esquina con las calles 32 y 33, de la colonia Santa Cecilia.

Aquí se detuvo a quien se identificó como Benjamín Hill Ortiz Ortiz y a María del Refugio Granillo



En tres viviendas de Caborca, se detectó la venta de cocaína por parte de la AFI.

González.
Se les encontró cinco envoltorios confeccionados en plástico transparente, con el mismo estupefaciente, que en conjunto pesaron 3.6 gramos, así como 300 pesos en efectivo.

La droga y detenidos fueron puestos a disposición del representante social federal, para continuar con la integración de la averiguación previa correspondiente y proceder conforme a derecho.

Guerra, José. (2005) "Arrestan a tres *tiradores* en cateos domiciliarios". Hermosillo, Estatal, El Imparcial, 18 de junio.

HACE TRES MESES ARRESTARON A SU ESPOSO POR EL MISMO DELITO

Captura la Judicial a “tiradora” urbana

Dinero en efectivo y porciones de “crystal” listas para su comercialización le aseguraron en su domicilio

Por Alfonso López
alopez@elimparcial.com

Por cuidarle el “changarro” a su esposo, quien está preso por vender droga a menores de edad, una mujer de 37 años fue detenida ayer por la Policía Judicial del Estado en la colonia Jorge Valdés.

Marisela Quintana Bujanda, con domicilio en calle Sonoyta número 10, traía 18 envoltorios de “crystal” cuando los agentes catearon la casa que funcionaba como “tiradero”.

La detención se logró gracias a una denuncia anónima y horas antes del operativo la PJE sorprendió a un menor de 16 años con dos “globitos” de la metanfetamina, los cuales le habría comprado a la hoy detenida.

Entre lo asegurado figuró tam-

bién la cantidad de mil 250 pesos, producto de la venta diaria del nervante.

No puso resistencia

Según los agentes judiciales encargados de la diligencia, la mujer se entregó de manera voluntaria sin poner resistencia.

Esta mujer es conocida en el barrio y vendía hasta 50 dosis de la droga en un día, con valor unitario de 50 pesos.

El esposo de Quintana Bujanda, conocido en las calles como “El Chamuco”, fue detenido hace tres meses por vender droga en el mismo lugar del operativo de ayer.

Nerviosa y visiblemente afectada, la señora no quiso dar declaraciones a la prensa y se tapó la cara cuando se le tomaron fotografías.



Marisela Quintana Bujanda fue detenida por elementos de la PJE en la colonia Jorge Valdés, donde presuntamente se dedicaba a la venta de droga.

López, Alfonso. (2005) “Captura judicial a “tiradora” urbana”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 21 de julio.

QUERÍA ASEGURAR “LA PLAZA”

Capturan a sinaloense

Presunto narcotraficante urbano tenía tres meses establecido en Bahía de Kino vendiendo “crystal”

Por Cuitláhuac Quintero C.
quintero@elimparcial.com

Antonio René Ríos Núñez, “El Chapo”, vipo de Culiacán, Sinaloa para hacer plaza en Bahía de Kino, pero el gusto apenas le duró tres meses al ser detenido con bastante droga.

“Hizo su organización y pretendió comprar la plaza, pero ayer lo detuvimos mediante un cateo y quizá aseguramos la mayor cantidad de droga en el área rural”, dijo José Luis Espinoza Soto.

El agente sexto del Ministerio Público explicó que a “El Chapo” se le encontró en su domicilio, en la invasión Primavera de Bahía de Kino, 200 gramos de “crystal”, marihuana y una pistola calibre .9 milímetros.

El “crystal” estaba confeccionado en diez bolsitas tipo “pelota”, además de 144 dosis de “globitos”. La hierba en 45 envoltorios y un bloque, mientras el arma de fuego tenía dos cargadores.

Otro “tirador”
Martín Ernesto Ramírez Montoya aceptó que vendía a 50 pesos la dosis de “crystal”, luego de que fue detenido por la Policía Municipal Preventiva con 22 envoltorios de la droga.

Los agentes Adrián Bracamontes Villeda y Víctor Alonso Mora Acuña, vieron caminando al presunto vendedor del nervante en actitud sospecha a las 00:55 horas de ayer.

Detenidos y droga asegurada en un cateo realizado en Bahía de Kino, donde operaba un sujeto originario de Sinaloa.

Quintero, C. Cuitláhuac. (2005) “Quería asegurar la plaza. Capturan a sinaloense”. Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 3 de noviembre.

... Hermosillo ...

LA INSTITUCIÓN DESTACA QUE ES AUTOSUFICIENTE PARA OPERAR

Despreocupa ley a red de Crreda

El organismo para la rehabilitación de personas con adicciones tiene 33 centros en tres estados y su personal no teme a la nueva legislación, dice directivo

Por Luz B. Arredondo

larredondo@elimparcial.com

En el Crreda no temen a la Ley para Prevenir, Tratar y Controlar la Adicción a Drogas porque desde hace dos años aplican la norma 028 en la que se basó la legislación local.

El jueves, el Congreso del Estado promulgó la ley para controlar los centros de rehabilitación, normas que causaron molestias en algunos de estos sitios, como es Amaar.

Héctor Ramos López, director de la Asociación Mexicana de Alcohólicos y Drogadictos en Rehabilitación (Amaar) ha indicado que acatarán esas reglas, pero desean recibir apoyos de parte de la Secretaría de Salud.

Sin embargo, Francisco Javier Quezada Velázquez, director del Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Drogadicción y Alcoholismo (Crreda) indicó que ellos son autosuficientes.

Crreda es una institución de asistencia privada (IAP) que opera desde el 5 de mayo de 1995, inició en San Luis Río Colorado y a la fecha tiene 33 centros en los estados de Sonora, Baja California y Chihuahua.

Hace un par de años las autoridades sanitarias de Baja California empezaron a aplicar la Norma



Los centros dedicados a ofrecer tratamiento contra adicciones como las drogas y el alcohol serán supervisados por las autoridades de Salud del Estado.

Oficial Mexicana 028 que rige la rehabilitación de drogas y alcohol, por ello no tendrán problema alguno, indicó Quezada Velázquez.

Las autoridades de salud han reconocido que Crreda es la IAP que mejor trabaja para rehabilitar a personas enfermas de adicción a drogas y alcohol, señaló, e incluso les piden apoyos de diversas índoles.

Personas que a través del Crreda logran una rehabilitación total son multiplicadores de la información a petición de la Procuraduría

General de la República han impartido charlas en escuelas de educación básica.

Además hay una colaboración con instituciones del Sector Salud, especialmente los que abordan los aspectos de salud mental, informó.

En el Crreda son autosuficientes a través de las cuotas y servicios que prestan a la comunidad, pero no les caería mal la ayuda del Gobierno porque realizan un servicio que la autoridad debería estar prestando con eficiencia, consideró.

Arredondo Luz B. (2005) "Despreocupa ley a red de Crreda". Hermosillo, Principal, El Imparcial, 12 de junio.

ADEMÁS USTED DEBE CUBRIR EL COSTO DE TRASLADO DEL PACIENTE A LA CIUDAD DONDE SE REALICE EL PROCEDIMIENTO

Tiene altos costos rehabilitarse

Un tratamiento completo en un centro contra adicciones a las drogas y el alcohol, privado y de prestigio nacional, puede valer entre 13 mil 500 y hasta 352 mil 500 mil pesos, según su duración y la magnitud del problema

Por Adriana Manjarez y Norberto Corral

Quiénes han vivido de cerca alguna adicción a las drogas o el alcohol en su familia, saben de la necesidad de acudir a una institución seria que ayude al enfermo a restablecerse física, mental y emocionalmente. Pero si los centros de rehabilitación locales le parecen inadecuados, en el País hay instituciones de prestigio que ofrecen tratamientos profesionales de residencia, con responsabilidad, transparencia, respeto y confidencialidad.

El único inconveniente que tienen estos centros son sus costos, pues los precios de sus servicios varían entre 13 mil 500 y hasta 352 mil 500 pesos.

No obstante, la mayoría de estas clínicas da facilidades para que en un principio sólo se pague el 50% del monto y el resto se cubra en pagos durante el tiempo que dure el tratamiento. Además, algunas aceptan tarjetas de crédito con promociones de cargo a seis meses sin intereses.

Adicionalmente los familiares o el mismo paciente tienen que cubrir sus costos de traslado a las ciudades donde se imparte el tratamiento.

El costo de sus servicios en términos generales depende de la infra-

gún el tipo de adicción, dijo, pero va de 35 a 90 días, en los que se da el tratamiento integral para el enfermo y la familia y durante los siguientes seis meses se les da el seguimiento terapéutico.

"Echamos a andar 'Fundación para Todos', una asociación civil que refleja y supervisa centros locales de la República Mexicana para canalizar a quienes no pueden costear un tratamiento en nuestro centro", expresó.

Monte Fenix, con 25 años de experiencia, tiene un tratamiento que pone énfasis en las potencialidades del ser humano para renacer a una nueva vida, señaló Martha Medina, de relaciones públicas.

Son 35 días de estancia en la clínica, ubicada en la Ciudad de México, apuntó, y al ingresar, se hace una valoración del paciente para desarrollar un plan de tratamiento, se realiza la desintoxicación y la estabilización física.

Indicó que en los días posteriores la persona se somete a terapias individuales y grupales, asiste a pláticas educativas y grupos de autoayuda que promueven su interacción con otras personas y le ayudan a elevar su autoestima.

De manera simultánea, la familia del enfermo recibe apoyo terapéutico y participa en algunas actividades,

También dan facilidades

Principales aspectos de algunos de los centros de rehabilitación privados que hay en el País; en todos los casos el costo incluye el tratamiento completo, el hospedaje y la alimentación.

MONTE FENIX

- Ubicación: Ciudad de México.
- Costo del tratamiento: 103,826 pesos.
- Facilidades de pago: Se paga el 50% al inicio y el resto se divide en dos pagos, de los cuales el primero se da en la segunda semana de tratamiento y el otro en la cuarta.
- Tratamiento: Desintoxicación y terapia emocional, espiritual y familiar. Basado en un programa propio llamado "Modelo Los Flores", que procura el crecimiento emocional del paciente, con un nuevo y mejor estilo de vida.
- Duración del tratamiento: Un año, de los cuales 35 días son de estancia en la clínica.
- Página de Internet: www.monte-fenix.com.mx.

OCEÁNICA

- Ubicación: Mazatlán, Sinaloa.
- Costo del tratamiento: Los dos primeros semanas de atención intensa cuestan 86,540 pesos y después el costo diario es de aproximadamente 3,500 pesos.
- Facilidades de pago: El 50% del costo se cubre al principio y la otra mitad al final del tratamiento. También es posible cubrir el costo con tarjeta de crédito, que en el caso de American Express y Banamex puede ser cargado a seis meses sin intereses.
- Tratamiento: Para alcoholismo, drogadicción, farmacodependencia, ansiedad, bulimia y otros trastornos adictivos. Se basa en el programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Contiene en desintoxicación, estabilización y terapia.
- Duración del tratamiento: Varía dependiendo de la sustancia de dependencia y la gravedad de la adicción.

HACIENDA DEL LAGO

- Ubicación: Ajijic, Jalisco (a 40 minutos de Guadalajara).
- Costo del tratamiento: 79,000 pesos.
- Facilidades de pago: Pago inicial de 25,000 pesos y luego tres pagos semanales de 18,000 pesos cada uno.
- Tratamiento: Desintoxicación y terapia emocional, espiritual y familiar. Basado en el programa de Doce Pasos que sigue Alcohólicos Anónimos.
- Duración del tratamiento: De 30 a 35 días de estancia en la clínica.
- Página: www.haciendadelago.com.

CENTRO UNIDOS

- Ubicación: Salinas Victoria, Nuevo León (a 20 minutos de Monterrey).
- Costo del tratamiento: 39,750 pesos.
- Facilidades de pago: Se paga el 50% al inicio y 50% a los 15 días del tratamiento.
- Tratamiento: Desintoxicación física, ayuda mental con terapias y apoyo espiritual con el programa Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA).
- Duración del tratamiento: 28 días.
- Página: www.centrounidos.org.

LIMPIO Y SOBRIO

- Ubicación: Monterrey, Nuevo León.
- Costo: 13,500 pesos.
- Facilidades de pago: Se paga 4,400 pesos al inicio que incluye dos semanas de hospedaje y estancias clínicas, y 3,300 pesos cada semana durante seis semanas.
- Tratamiento: Sólo para hombres, ayuda mental con terapias grupales y la aplicación del programa Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA).
- Duración del tratamiento: Nueve semanas.
- Página: www.limpioysobrio.com.

Algunos de los programas de las clínicas incluyen estancias y hospedaje. El costo del traslado y el seguro de hospitalización no están incluidos en el costo del tratamiento. El costo de los servicios de laboratorio y de diagnóstico no están incluidos en el costo del tratamiento. El costo de los servicios de laboratorio y de diagnóstico no están incluidos en el costo del tratamiento. El costo de los servicios de laboratorio y de diagnóstico no están incluidos en el costo del tratamiento.




Manjarez, Adriana y Norberto corral. (2005) "Tiene altos costos rehabilitarse". Hermosillo, Mercados, El Imparcial, 15 de julio.

Saturan clínica con drogadictos

(VIENE DE LA PORTADA)

Pérez Beltrán señaló que la Secretaría de Salud no tiene programado un crecimiento en el Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz, a pesar del nivel de saturación que presenta, por lo que serán los centros de rehabilitación para adictos que funcionan por parte de la sociedad civil, los que deberán mejorar para dar cabida a la alta demanda.

Precisó que será en enero cuando la ley en la materia entre en vigor, pero ya la Secretaría está visitando estos sitios para verificar que cumplan con las especificaciones de la Norma Oficial, de tal manera que, aun cuando no puedan ser clínicas de desintoxicación, ni utilizar fármacos para auxiliar este proceso, podrán operar las terapias en condiciones más dignas.

En este sentido, dijo, hay unos centros que ya cumplen con todas las condiciones, pero otros no y deberían mejorar antes de que concluya el año.

Pérez Beltrán señaló que si son necesarios, porque la unidad de la Secretaría se mantiene saturada.

Acosta G. Oralía. (2005) "Saturan clínica con los adictos". Hermosillo, Primera Plana, Cambio, 10 de agosto.

DESCARTA LA SECRETARÍA DE SALUD DESTINAR RECURSOS ECONÓMICOS

No darán dinero a rehabilitadores

Los centros para el tratamiento de adicciones deben cumplir con tres parámetros básicos: Capacidad, seguridad y calidad

Por Luz B. Arredondo
larredondo@elimparcial.com

La Secretaría de Salud apoyará a los centros de rehabilitación de drogas, pero eso no significa necesariamente la transferencia de recursos públicos.

El subsecretario de Salud en el Estado, Baldemar Corral Villegas, apuntó que esos centros actualmente son y deben seguir siendo autosuficientes.

Por ejemplo, la Ley para Prevenir, Tratar y Controlar la Adicción a Drogas advierte que en los centros se tiene que contar con un médico capacitado, el cual deben contratarlo.

Las casas antidrogas deben estar ubicadas en instalaciones dignas, contar con medicamentos y programas para tratar las adicciones.

El equipo de la Secretaría de Salud asesorará a los centros para que cumplan con las normas, señaló Corral Villegas, y para eso queda medio año porque la Ley entra en vigor el primero de enero del 2006.

En Sonora hay cerca de 60 centros privados dedicados a la rehabilitación de drogas ilícitas y alcohol que operan bajo dos figuras legales: Instituciones de asistencia privada (IAP) y las asociaciones civiles.

Luego de que el jueves pasado se aprobara la legislación, Corral Villegas explicó que los centros de-



De acuerdo a la Secretaría de Salud en Sonora funcionan alrededor de 60 centros de rehabilitación contra las drogas.

SUPERVISAN CASAS ANTIDROGAS ■ Las llamadas casas antidrogas que tengan área de internamiento estarán sujetas a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, bajo las siguientes condiciones:

EXIGENCIAS BÁSICAS:	LOS CENTROS DEBEN CONTAR CON:
<ul style="list-style-type: none"> ▶ A cada persona que ingrese se le deberá integrar un expediente, tener una historia clínica, un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento ▶ El suministro de medicamentos debe ser exclusivamente bajo prescripción médica 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Baños independientes para hombres y mujeres ▶ Dormitorios con camas y armarios independientes ▶ Cocina, comedor, sala, línea telefónica, botiquín y medicinas ▶ Área para recreación y oficina ▶ Área para psicoterapia grupal
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ e individual ▶ Extintores y señalización para casos de emergencia ▶ Una línea telefónica ▶ Perfectas condiciones de higiene, luz y ventilación ▶ Respetar la capacidad de usuarios establecida

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones
Recepción: Luz Arredondo/EL IMPARCIAL

ben someterse a la Norma Oficial Mexicana (NOM) 028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, vigente desde 1999. Para obtener la acreditación

como centros de rehabilitación de drogas y alcohol, se deben cumplir tres parámetros básicos: Capacidad, seguridad y calidad, destacó.

ANUNCIO DE LA SEP

Traerán de BC plan antidrogas

Por Sagrario Tapia
stapia@elimparcial.com

Para conocer el funcionamiento del programa preventivo de adicciones que impulsa la Secretaría de Educación Pública (SEP) en Baja California, Horacio Soria Salazar viajará a esa entidad este verano.

Durante la gira del miércoles pasado en Hermosillo, Reyes Tamez, titular de la SEP, dijo que el proyecto ha reducido los casos de drogadicción en secundarias de Tijuana.

El secretario de Educación destacó que no se había pensado en traerlo a Sonora porque ya funciona "Giro Positivo", un programa de capacitación para que padres y maestros aprendan a educar en ese aspecto.

"Giro Positivo" cuenta con 3.5 millones anuales y será evaluado el próximo ciclo escolar para medir su impacto y mejorarlo.

Aseguró que por instrucciones del Gobernador ha estado en reuniones con dependencias como el Instituto Sonorense de la Juventud y la Comisión del Deporte del Estado de Sonora (Codeson) para unificar estrategias contra las drogas.

"Necesitamos incorporar todos los esfuerzos posibles de cada sistema para enriquecer el trabajo que hemos venido realizando... queremos darle seguridad a los niños y jóvenes sonorenses", indicó.

Arredondo, Luz B. (2005) "No darán dinero a rehabilitadores". Hermosillo, Primera Plana, El Imparcial, 11 de junio.

BUSCAN TRATO DIGNO PARA LA REHABILITACIÓN DE ADICTOS

Someten a la Ley a casas antidrogas

Por Luz B. Arredondo
larredondo@elimparcial.com

Nunca más amarrar a un adicto, bañarlo con agua fría y dejarlo desnudo a la intemperie, golpearlo "para que entienda" o hasta suministrarle drogas ilegales estarán justificados como tratamientos alternativos de rehabilitación de adicciones.

Los diputados del Congreso del Estado lograron ayer sacar de la "congeladora" legislativa una ley que esperó un año y un mes para ser promulgada.

La votación fue unánime y ningún legislador, contrario a la costumbre, tuvo opiniones en contra de la ley que presentaron en iniciativas distintas los diputados Pedro Anaya Corona, del PAN, y Guadalupe Gracia Benítez, del PRI.

La Ley para Prevenir, Tratar y Controlar la Adicción a Drogas tiene por objeto vigilar los centros de rehabilitación y drogas y alcohol, que desde hace una década proliferan en la entidad.

Tan sólo en Hermosillo el Servicio de Salud Mental de la Secretaría de Salud calcula una operación de 30 centros como el Creda, Amaar, Alcance Victoria, entre muchos más.

La operación de estos centros, se expuso en el Congreso, ocurre sin reglas, no hay servicios médicos, los tratamientos no tienen un rigor estricto y se dan con regularidad protestas de familiares por los malos tratos que reciben los adictos.

En la ley quedó establecido que lo primordial será el respeto a los derechos humanos.

Los centros tendrán como obligación ofrecer tratamientos que cumplan con los siguientes aspectos: Asistencia médica y de rehabilitación, orientación y capacitación ocupacional al adicto y los familiares, así como la educación y reintegración social y laboral.

Cuando una persona ingrese a un centro deberá recibir un diagnóstico de su condición física y mental y el personal debe establecer una terapia de rehabilitación conforme a las necesidades específicas.

Así como hay disposiciones para los centros, los diputados impusieron

De forma unánime, los diputados aprobaron la legislación que contempla disposiciones claras y sanciones para los centros:



Los centros de rehabilitación de drogadictos de toda la entidad deberán cumplir con la legislación aprobada ayer, que busca que instalaciones y tratamientos dignos para los internos.

AYUDA Y CUIDADO PROFESIONAL

Los diputados aprobaron ayer reglas para controlar el funcionamiento de los centros de rehabilitación y deberán someterse a ellas hasta los lugares que ya estén en operación; entre los puntos más importantes de la nueva ley están:

LA AUTORIZACIÓN

- Todos los centros deberán estar registrados en la Secretaría de Salud
- Los centros que ya operan tienen hasta el primero de enero de 2006 para ponerse al corriente

EL TRATAMIENTO

- La rehabilitación deberá ser dinámica, es decir no basarse exclusivamente en medios de sustitución y desintoxicación sino en acciones profesionales de ayuda mutua, mixtas o alternativas
- Cada centro debe tener programas establecidos de rehabilitación
- La permanencia del usuario será estrictamente voluntaria, salvo en mandato judicial
- El usuario que llegue en estado de intoxicación, síndrome de abstinencia o supresión

deberá ser trasladado a un hospital.

- Los menores de edad serán aceptados sólo en los centros exclusivos que haya autorizado la Secretaría de Salud
- Los golpes no son aceptables como método de rehabilitación
- En los centros deben respetarse estrictamente los derechos humanos

EL PAGO

- Los centros podrán cobrar cuotas de servicio conforme a lineamientos que establezca la Secretaría de Salud

LA VERIFICACIÓN

- Inspectores de la Secretaría de Salud podrán ingresar en cualquier momento a los centros, aunque sean privados, y los encargados deben darles acceso total

Fuente: Ley para Prevenir, Tratar y Controlar la Adicción a Drogas aprobada ayer por la 57 Legislatura/ EL IMPARCIAL

a la Secretaría de Salud la obligación de prestar asistencia técnica y financiera a las agrupaciones privados y sociales con base en los lineamientos

que posteriormente fije.

La ley entrará en vigor luego de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

OPINA AMAAR

Aceptan reglas, pero piden apoyo

Por Sarahí Lara
slara@elimparcial.com

Así como la Secretaría de Salud será rigurosa para revisar centros de rehabilitación establecidos por asociaciones civiles, también debe serlo para otorgar medicinas y otros apoyos, dijo Héctor Ramos López.

El director de la Asociación Mexicana de Alcohólicos y Drogadictos en Rehabilitación (Amaar) indicó que no es ninguna sorpresa el decreto de la ley para regular instituciones que atienden adicciones.

"A nosotros siempre nos han inspeccionado y nunca ha sido algo que nos preocupe porque aquí tenemos principios y reglas para mantener en óptimas condiciones los albergues", afirmó.

Ramos López externó que están de acuerdo en acatar los consejos que la Secretaría de Salud brinde, así como realizar las adecuaciones necesarias dentro de las instalaciones de los centros de rehabilitación.

"Si todo va a ser para mejorar estamos de acuerdo, pero no queremos que nos condicionen porque a veces no podremos ajustarnos, la condición económica de cada centro es diferente", explicó.

El director de la Amaar manifestó su preocupación sobre los parámetros que utilizará la Secretaría de Salud para inspeccionar a las fundaciones altruistas como la que dirige.

"Nosotros no recibimos apoyos a las necesidades de sueros o tratamientos, pero lo que sí vamos a recibir es la aprobación o reprobación de la Secretaría de Salud", agregó.

Arredondo, Luz B. (2005) "Someten a la ley a casas antidrogas". Hermosillo, Primera Plana, El Imparcial, 10 de junio.



Redacción (PH) (2005) "Fallece hombre salido de Crreda". Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 20 de junio.

PREOCUPA A LAS AUTORIDADES LAS AGRESIONES A MENORES

Influye el 'crystal' en abusos sexuales

La agente del ministerio público, Claudia Indira Contreras, explica que de acuerdo a lo que informan los criminales hay mucha droga en la calle y es muy barata

Por Carlos Padilla
cypadilla@elimparcial.com

Julian Ortega

La semana pasada se evidenciaron 4 casos de violación e intento de abuso sexual en contra de menores en donde el común denominador fue el uso de la droga llamada "crystal".

Claudia Indira Contreras Córdova, ministerio público especializado en Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar, reconoció que ha habido un aumento de agresiones sexuales en contra de los niños.

"Es preocupante pues los inculpados han reconocido que al utilizar esa droga su libido se incrementa y es cuando suceden las desgracias", afirmó.

El "crystal" les cambia brutalmente la forma de ver las cosas, agregó, además de que es sumamente adictiva.

Problema grave

Contreras Córdova indicó que se ha percatado debido a lo que comentan los detenidos que existe mucha droga de ese tipo en la calle y que es muy barata.

En ocasiones las mujeres llegan al grado acceder a tener relaciones sexuales, dijo, sólo por conseguir un poco de droga.

"Es necesario hacer la recomendación a todos aquellos que usan esta sustancia, pues tarde o temprano se verán envueltos en un problema legal muy fuerte", aseguró.

Casos denunciados

Durante la semana del 1 al 7 de agosto se tuvo conocimiento de un intento de violación en contra de una muchacha que no se encuentra bien de sus facultades mentales en la colonia El Apache.

En el barrio del Palo Verde, se detuvo a Gabriel Mejía Blancarte, cuando pretendía abusar

de una niña de 8 años de edad, posteriormente se descubrió que ya había violado a una pequeña de 4 años de edad.

En la colonia San Luis, Francisco González Bracamontes, fue arrestado por violar a un

menor de 13 años.

"Al principio se pensaba que era intento, pero después la víctima aceptó que sí se consumió, además del arrestado que también declaró positivamente", expresó la funcionaria.

LA MÁS PELIGROSA

■ Desde su aparición en Sonora, hace diez años, el "crystal" desplazó a la marihuana y compite con la cocaína como la droga más consumida por adictos de Hermosillo.

■ Efectos

■ Irritabilidad, nerviosismo, insomnio, náuseas, resequeidad en la boca, elevación de la temperatura corporal, hipertensión

■ En dosis excesivas puede provocar paranoia, ansiedad severa, confusión mental

El "crystal" tiene rápida tolerancia, es decir que cada vez se requieren mayores dosis para que produzca efectos, lo que genera dependencia física y puede provocar la muerte

■ "Veneno" en la ciudad

■ Al producirse en laboratorios clandestinos, el "crystal" puede llevar desde la fórmula pura de la metanfetamina hasta raticidas y ácidos de uso casero, pasando por el talco o el gis para bajar su calidad

■ Actualmente el consumo de "crystal" figura como la primera causa de hospitalización en la unidad de desintoxicación "Doctor Carlos Nava Muñoz" de Hermosillo

■ De los 430 adictos hospitalizados en la unidad de desintoxicación durante los primeros cinco meses del 2004, el 20% estaban afectados por estimulantes como el "crystal"

Fuente: Secretaría de Salud
Recopilación: Información y Estudios/EL IMPARCIAL

■ PREGUNTA DEL DÍA...
¿Qué acciones podrían ejecutarse para detener el consumo de "crystal"?

EL IMPARCIAL.COM

Padilla, Carlos. (2004) "Influye el *crystal* en abusos sexuales". Hermosillo, Metro. El Imparcial, 10 de agosto.

INICIAN ADICCIONES DESDE LOS 12 AÑOS, REVELAN

Consumieron droga 4 de 10 sonorenses

Ocupa Sonora el tercer lugar en uso de sustancias en relación a las otras cinco entidades fronterizas que colindan con EU



Por Luis González
lgonzalez@elimparcial.com
GUAYMAS, SONORA (PH)

De los habitantes mayores de 12 años de las ciudades fronterizas de Sonora, cuatro de cada diez consumen o han consumido algún tipo de droga, y el número de adictos continúa en aumento.

De acuerdo al número de la población, el Estado se ubica en el tercer lugar en el uso o abuso de sustancias, en relación a las otras cinco entidades fronterizas que colindan con Estados Unidos.

Los municipios de Nogales, San Luis Río Colorado y Agua Prieta tienen los más altos índices de drogadicción, según indicó Luis Alberto Cádiz Lizárraga.

El presidente del Comité Binacional de Salud señaló que alrededor del 40% de la población que habita en la franja fronteriza de México y Norteamérica, que suma unos 13 millones de habitantes, consumen o han consumido algún tipo de droga.

Los habitantes de California, Arizona, Texas y Nuevo México, en Estados Unidos; y Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas y Nuevo León, en este País, comparten además problemas como enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis, expresó.

El diputado, miembro de la Comisión de Asuntos Fronterizos del Congreso del Estado, mencionó que la drogadicción es un problema que va en aumento, principalmente del lado mexicano.

Cádiz Lizárraga agregó que factores como el intercambio de dos culturas, el flujo constante de personas y el cruce de drogas por las zonas fronterizas han contribuido a elevar el índice de consumo de drogas en la zona.



PROBLEMA BINACIONAL... Alrededor del 40% de la población que habita en las ciudades fronterizas de México y Estados Unidos, han consumido o consumen drogas.

EN SONORA:

4 de cada 10 habitantes de las ciudades fronterizas, mayores de 12 años han usado drogas

DEL LADO MEXICANO:

En relación al número de habitantes, Sonora está en tercer lugar en índices de drogadicción, antes están Baja California y Chihuahua, le siguen, Tamaulipas, Nuevo León y Coahuila

FRONTERA:

Las ciudades fronterizas de California, Arizona, Nuevo México y Texas, en EU; y Baja California, Sonora, Chihuahua, Tamaulipas NL y Coahuila, suman 13 millones de habitantes, de los que casi la mitad han sido o son adictos.

COMITÉ:

Para combatir la drogadicción y otros problemas de salud, la Conferencia Fronteriza de Legisladores formó un Comité Binacional de Salud presidido por un sonorenses, para atacar en conjunto problemas de salud que perjudican a pobladores en ambos lados de la frontera

Julión Ortega

Campaña binacional

En la reciente reunión de la Conferencia Legislativa Fronteriza, el 8 y 9 de julio en Santa Fe, Nuevo México, a la que asistieron unos 600 diputados y senadores de las diez entidades de ambos lados de la frontera, apuntó, se acordó atacar en conjunto la drogadicción y otros problemas de salud.

Para contrarrestar las enfermedades que afectan a las entidades de los dos países, el subrayó que del 11 al se llevará a cabo una

nacional de vacunación.

Según Cádiz Lizárraga los gobiernos de las entidades estadounidenses copiarán el modelo de vacunación de México, donde el 98% de la población infantil que habita en la frontera se encuentra inmunizada contra enfermedades como sarampión y rubéola, entre otras.

Mientras que en las ciudades fronterizas de California, Arizo-

ARIZONA

Aumenta muerte por drogadicción

Por José Díaz Briseño
jdiazbr@elimparcial.com
TUCSON, ARIZONA (PH)

En los últimos diez años las muertes relacionadas con el abuso y uso accidental de drogas han aumentado en más de 100% en el Estado de Arizona.

Durante el 2003 en este Estado fronterizo se registraron 646 muertes relacionadas con las drogas comparadas con 310 registradas en 1993, según el Departamento de Servicios de Salud de Arizona.

Pero las muertes por drogas están todavía lejos de las principales causas de muertes en el Estado, donde las enfermedades cardiovasculares ocuparon en 2003 el primer lugar con más de 13 mil muertes.

A pesar de ser uno de los corredores de tráfico, Arizona no está dentro de los estados de más alto índice de consumo de drogas de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Abuso de Drogas de 2003.

Es en las ciudades de Tucson y Phoenix donde ocurre el mayor número de consultas debido al abuso de drogas ilícitas en Arizona, según los datos estatales.

Los hospitales de esas grandes áreas urbanas atienden más del 85% del total de consultas por abuso de drogas, que en 2002 sumaron más de 16 mil.

Tucson es la ciudad que está muy por encima de otras áreas del Estado en la tasa de consultas por abuso de droga en los hospitales, según las cifras.

■ PREGUNTA DEL DÍA...

¿Qué debe hacer el Gobierno para reducir el consumo de drogas?

ELIMPARCIAL.COM

CAFM 164 MM DE AD

González, Luis. (2004) "Consumieron droga 4 de 10 sonorenses". Hermosillo, primera Plana, El Imparcial, 14 de julio.



UNIDAD DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN I.A.P.

Si tiene problemas de alcoholismo y/o drogadicción, usted o algún familiar, consúltenos, ¡podemos ayudarle!

Atención gratuita. SÓLO HOMBRES

Tel. 216-91-14

Anuncio publicado en la Sección Nacional, de El Imparcial, el 3 de octubre del 2005.

COMPARTEN EXPERIENCIAS EN CONGRESO DE ALCOHÓLICOS



Quienes han decidido dejar el alcohol, participaron ayer en el Tercer Congreso AA en Hermosillo que logró reunir a cerca de 800 personas.

Deciden vivir en sobriedad

Unidos en el Auditorio Cívico del Estado, cerca de los 800 asistentes abordaron temas médicos y psicológicos

Por Luz B. Arredondo
larredondo@elimparcial.com

Cerca de 800 personas, hombres y mujeres, que decidieron vivir en sobriedad se reunieron para compartir sus experiencias en el Tercer Congreso Sonora Centro de Alcohólicos Anónimos.

Unidos en el Auditorio Cívico del Estado abordaron temas médicos, psicológicos e historias de vida; una de ellas arrancó lo mismo risas que sollozos de los presentes.

Fue la historia de Miguel, el hijo del dueño de una cantina que se volvió alcohólico cuando el aspecto que más odiaba

nía que recoger a su padre de suelo, se decía que nunca sería como él, contó, pero la enfermedad de su padre lo fue desadaptando hasta que él mismo fue presa de alcoholismo.

“Me decía: Tú no necesitas trabajar, tú vas a ser como yo, vas a recoger el dinero de la cantina”, recordó.

Aun antes de tomar alcohol ya tenía síntomas de la enfermedad, sentía neurosis, odiaba a todo mundo; todo empeoró en la adolescencia cuando un problema físico provocaba que no se aceptara a sí mismo como era.

Hundido en el alcohol, Miguel compartió su afición con un hermano, de los 18 que tiene mientras su madre sufría por no poder ayudarlos.

Miguel relató que siempre perezoso deseaba riquezas sin esforzarse, pero en vez de dinero lo que recibió fue otro tipo de tesoros cuando se inició en un grupo AA el que ha podido controlar.

Arredondo, Luz B. (2005) “Deciden vivir en sobriedad”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 14 de noviembre.



Ayer dieron a conocer el Salvatón 2006, que busca el rescate de mujeres adictas y sus familias.

Dan a conocer Salvatón 2006

Según cifras de hace 10 años, el 4% de los adictos eran mujeres y ahora han aumentado al 50%

Por Shaila Rosagel
srosagel@elimparcial.com

“Salva a una mujer, salva a una vida”, es el lema del Salvatón 2006, el cual se dio a conocer en la firma de un convenio entre La Posada del Buen Samaritano y Telemax.

Con la presencia de los representantes del patronato de la asociación encargada de ofrecer tratamientos de rehabilitación de adicciones a mujeres, se llevó a cabo la formalización de este apoyo.

“En 1994 el 4% de los adictos eran mujeres, ahora en el 2004, son el 50%”, señaló Álvaro Villagrán García, presidente del patronato.

Por este motivo los esfuerzos de la organización van encaminados al rescate de estas mujeres y de sus familias, sin embargo la lucha

es dura.

“Para sostenerse esta institución requiere de 250 mil pesos mensuales, por eso invitamos a toda la comunidad de Hermosillo a sumarse y a salvar vidas”, anotó.

La institución está dividida en tres servicios, el albergue para mujeres, en donde hay 24 en proceso de rehabilitación, la Casa de Medio Camino y el Centro San Bernardo.

Este proceso dura seis meses, lo cual resulta costoso, así como los recursos necesarios para alimentar a los niños del centro ubicado en la colonia Solidaridad.

En la firma de convenio entre La Posada del Buen Samaritano y la televisora Telemax, el Salvatón y los preparativos para éste, ya empiezan.

“Se celebrará los días 24 y 25 de febrero del 2006, el fin es de recaudar fondos, habrá artistas invitados y también tendremos algunas líneas de telefónicas para los donativos”, indicó.

El evento iniciará el 24 a las 6:30 horas y concluirá el 25 a las 21:00 horas.

Rosagel, Shaila. (2005) “Dan a conocer el SALVATON 2006”. Hermosillo, Metro, El Imparcial, 9 de noviembre.

HAN MUERTO 180 FUNCIONARIOS EN LA GUERRA AL "NARCO"

Prevé lucha amarga contra drogas Fox

Admite, en el Día Internacional de la lucha contra el uso y tráfico de estupefacientes que la erradicación del narcotráfico está muy lejana

MEXICO, D.F. (AGENCIAS)

El presidente Vicente Fox Quesada aceptó que en su Gobierno al menos 180 servidores públicos han muerto en la lucha contra el narcotráfico.

Al definir como larga y amarga la lucha contra las drogas, Fox admitió ayer que uno de los principales enemigos a vencer es el poder corruptor del dinero que usan los narcotraficantes.

Reconoció que a pesar de los avances, la erradicación del narcotráfico aún es muy lejana y que uno de los frentes que se deben atacar es elevar los salarios de los policías federales, estatales y municipales.

Precisó que de los elementos muertos, 90 pertenecían a la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), 62 agentes a la Agencia Federal de Investigación (AFI), 9 a la Policía Federal Preventiva (PFP) y 19 a la Secretaría de Marina.

Aun así, afirmó que el narcotráfico no es invencible y que el Gobierno federal tiene la fuerza, la capacidad y la integridad moral para ganar la batalla, pero que esta lucha será "larga y amarga".

Fox encabezó la ceremonia conmemorativa del Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indevido y el Tráfico Ilicito de Drogas, que se realizó en la residencia oficial de Los Pinos.

Allí, el mandatario de la Nación sostuvo que su Gobierno no solapará ni tolerará traiciones



El presidente Vicente Fox encabezó la ceremonia por el Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indevido y el Tráfico de Drogas.

de funcionarios públicos que se sumen a las filas del crimen organizado, y que contra ellos irá con todo el peso de la ley.

En este marco, el secretario de Salud, Julio Frenk, aseguró que por lo menos 570 mil mexicanos consumen habitualmente alguna droga, y que alrededor de 3 millones 500 personas, de entre los 12 y 65 años de edad, han utilizado algún narcótico.

José Vila del Castillo, representante regional para México y Centroamérica de las Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, lamentó que en México no se haya encontrado un arma eficaz para aprovechar los recursos provenientes del decomiso de bienes al narcotráfico.

Y con ellos, agregó, sostener este combate al narcotráfico o aplicarlos en programas de atención y

prevención al consumo de drogas.

De manera indirecta, el presidente Fox aludió a Estados Unidos, al señalar que "nadie puede rehuir ni endosar" su responsabilidad, ya que la oferta y la demanda de drogas son, dijo, las dos caras de la moneda.

"Para ganar esta batalla, las naciones involucradas debemos combatir al mismo tiempo la producción, la distribución y el consumo", expresó Fox.

A este acto asistieron los secretarios de Gobernación, Carlos Abascal; de la Defensa Nacional, Ricardo Vega García; de Marina, Marco Antonio Peyrot, y de Salud, Julio Frenk, así como el procurador general de la República, Daniel Cabeza de Vaca.

En su intervención, el jefe del Ejecutivo federal aseguró que en esta lucha contra las drogas no habrá "tregua ni cuartel", y que a pesar de que se han obtenido importantes resultados en este combate, aún se está lejos de eliminar el problema.

Informó que en los primeros cuatro años de su gestión se han decomisado más de 8 mil 600 toneladas de mariguana, 97 toneladas de cocaína, mil 647 kilogramos de goma de opio y una tonelada 231 kilogramos de heroína.

Además de 49 millones de unidades de sicotrópicos, 3 toneladas de metanfetaminas y "miles" de propiedades, de automóviles, de aviones y de armas confiscados.

Explicó que han destruido más de un millón 370 mil plantíos de mariguana y otros 850 mil plantíos de amapola.

Agencia. (2005) "Prevé lucha amarga contra drogas: Fox". Hermosillo, Primera Plana, El Imparcial, 25 de junio.

Atacan el "narcomenudeo"

Por Cuitláhuac Quintero C.
cquintero@elimparcial.com

En diferentes acciones, la Policía Municipal Preventiva detuvo a cuatro personas por la posesión de diez envoltorios de "crystal" y marihuana.

A las 19:29 horas del jueves, se aseguró a Federico Cruz Valentín, de 39 años, Jesús Alberto Gutiérrez Martínez y dos menores más por traer cinco envoltorios de marihuana.

Los detenidos estaban en Ferrocarril y calle Del Canal cuando llegaron los agentes Luis Felipe Ramírez y Luis Alberto Quijada, ya que habían recibido un reporte de intento de robo.

Entre los callejones que están frente a la Central de Autobuses ubicaron al grupo de personas y Federico Cruz arrojó dos armas blancas, mientras intentaron darse a la fuga, pero fueron alcanzados.

A Jesús Alberto Gutiérrez le encontraron una orden de aprehensión por el delito de robo simple cometido en Nogales, Sonora. Al parecer, todos se encontraban bajo los efectos de la marihuana.

En la casa número 227 de Plan de Agua Prieta entre Héroes de Caborca y General Piña de la colonia Ley 57, se detuvo con cinco envoltorios de "crystal" a Aarón Isaac García Cárdenas.

El detenido estaba con otras dos personas y en la revisión se le encontró la droga a una persona en la bolsa derecha del pantalón. A Alberto Figueroa Mendoza se le halló un cuchillo en su mano derecha.



Aunque son cuantiosas las ganancias que obtienen los que comercializan con droga al menudeo, finalmente ellos terminan en prisión.

Quintero, C. Cuitláhuac. (2005) "Atacan el *narcomenudeo*". Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 29 de octubre.

Deben temer más a policías que a 'narcos'

Por Omán A. Nevárez
onevarez@elimparcial.com

Los policías corruptos y no los narcotraficantes son quienes hacen peligroso el oficio del periodismo en México, consideró el investigador ibérico Carlos Resa Nestares.

En entrevista telefónica desde Madrid, España, el consultor de la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Delincuencia consideró que los traficantes de drogas tienen mil prioridades antes que preocuparse por lo que aparece en los medios de comunicación.

Indicó que según sus estudios, en México solamente el asesinato del periodista Benjamín Flores, ocurrido en San Luis Río Colorado en 1997, ha sido un "narco" el responsable directo.

"En todos los demás casos es la Policía el mayor peligro para los reporteros... en unos casos por unas relaciones poco más que promiscuas entre periodistas y policías.

"En otros casos como el de su compañero (Alfredo Jiménez Mota, desaparecido desde el 2 de abril), dado el prestigio de su periódico, la situación es diferente", apuntó.

Al "narco" no le hace ningún bien aparecer en los periódicos y tampoco es su máxima preocupación, continuó, porque si tiene comprada a la Policía, le es absolutamente indiferente su exposición pública.

El investigador de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) consideró erróneas las críticas realizadas por el gobernador, Eduardo Bours Castelo, a su trabajo sobre los 100 municipios con más narcotraficantes en México.

"El hecho es que Naco tiene más gente sentenciada por narcotráfico que cualquier otro municipio de México en relación a su población, ésa es la evidencia y es lo que dicen los datos, ahora bien, la interpretación de los datos ya es otra cosa", señaló.

Además, argumentó, el ejercicio estadístico se realizó con información recopilada por el Inegi en su Anuario de Estadísticas Judiciales, por lo que en todo caso los reclamos deben hacerse a esa institución.

"(El Gobernador) no ha leído el texto... yo solamente tomo unas cifras y hago una división, en ningún caso hago un juicio de valor sobre los sonorenses ni nada por el estilo, entonces, si no se lee lo que comenta, está difícil que comente con propiedad", subrayó el consultor Carlos Resa Nestares.

Nevárez, Omán A. (2005) "Deben temer más a policías que a *narcos*". Hermosillo, Policíaca, El Imparcial, 1 de julio.



Alfredo Jiménez Mota, periodista mexicano

Desaparecido

Ya se cumplirán 300 días desde que desapareció el reportero de 25 años de edad, de *El Imparcial*, de Hermosillo, estado de Sonora, México. Las investigaciones a cargo de la Procuraduría General de la República no muestran avances. Todo hace presumir que fue secuestrado como represalia por sus artículos en los cuales reveló la operación del crimen organizado y narcotráfico en Sonora.

¡ACTÚE AHORA! www.impunidad.com

Si le indigna este crimen impune, exija acción. Visite nuestra página y firme una carta que enviaremos al Presidente de México, Vicente Fox, solicitándole que impulse la investigación del caso, hasta que se conozca el paradero de Jiménez y se castigue a los culpables. O si prefiere, escribanos a:

Sociedad Interamericana de Prensa
1801 SW 3rd Avenue
Miami, Florida 33129 USA
Fax: 305-635-2272
Email: info@impunidad.com

**ACABEMOS
CON LA
IMPUNIDAD**



Este proyecto cuenta con el apoyo económico de la Fundación John S. y James L. Knight.
Patrocinado por

EL IMPARCIAL

11141-19

Publicado el 27 de enero de 2005 en la sección Estatal.

AVANZA INVESTIGACIÓN DEL CASO VILLA BONITA

Tienen muestras del acompañante

Por Omán Nevárez
onevarez@elimparcial.com

Un retrato hablado, muestras de sangre y semen del hombre son las pistas que tiene la autoridad para ubicar al hombre que acompañó en sus últimas horas a la joven hallada muerta el pasado 15 de julio en un domicilio de la colonia Villa Bonita.

Según fuentes cercanas a la investigación, fueron varios testigos los que dieron las características físicas de la persona que acompañó en un antro a Verónica Barrera García, la noche de su muerte, el 8 de julio.

La joven de 21 años salió con dos amigas, pero en algún momento se separó de ellas para irse con un hombre, quien aún no está identificado.

Vital localizarlo
Lo que sucedió después sólo su acompañante lo sabe.
El cadáver de la mujer fue localizado en el interior de la casa número 40 del bulevar Jarda, en el fraccionamiento ubicado al Po-

Hay retrato hablado y semen del hombre que acompañó a la joven que encontraron muerta en una casa abandonada



La investigación de la muerte de Verónica Barraza García avanza y ya se tienen algunos datos que pudieran facilitar la ubicación de las personas que estuvieron con ella la noche en que murió.

niente de Hermosillo.
En la escena del crimen, la mujer yacía desnuda y a su alrededor algunos rastros de sangre, así como algunos condones usados.

Una de las ventanas estaba quebrada y quizá como consecuencia el acompañante de Verónica sufrió alguna herida y sangró.
A pesar de que aún no se tie-



Esta fotografía en la que aparece Verónica Barrera García fue tomada en un antro de la ciudad la noche que murió.

ne el dictamen sobre las causas de su muerte, está la sospecha de que ocurrió como consecuencia de alguna droga que consumió, voluntaria o involuntariamente.

Nevárez, Omán A. (2005) "Tienen muestras del acompañante". Hermosillo, Policiaca, El Imparcial, 28 de julio.

Anexo 3. Relación de notas periodísticas

La familia como eje preventivo de la política local antidrogas

“En la familia, como célula principal de la organización social, debe privar siempre un ambiente de cariño, confianza y una constante fuente de comunicación, abundó”. Hurtado, Sandra. (2000) “Un llamado a las autoridades”. Hermosillo, El Imparcial, 15 de abril.

“...los padres deben contar con una mayor comunicación con los jóvenes y así inculcarles valores que los protejan” “...la educación que se da en el hogar es mucho más valiosa para que los jóvenes no caigan en las adicciones”. Lara, Sarahí, (2005) “Es obligatorio prevenir el uso de los enervantes”. Hermosillo, El imparcial, 7 de noviembre.

“Pero es un problema (las adicciones) que debe combatirse en la familia” Arredondo, Luz B. (2005) “Es familia clave en prevención”. Hermosillo, El Imparcial, 11 de noviembre.

Encabezado: “Descuido de los progenitores conduce a jóvenes a las adicciones. Recomiendan fortalecer relaciones padre se hijos”. Rosagel, Shaila, (2005) Hermosillo, El imparcial, 8 de noviembre.

Encabezado: “Es “*crack*” amenaza. Recomiendan a padres de familia poner más atención a sus hijos”. México, D.F. (NTX), (2005) Hermosillo, El imparcial, 6 de junio.

“Desgraciadamente nuestros programas no están llegando a las familias por lo que necesitamos de la participación de los maestros y de la propia Secretaría de Educación”. Tiznado, Claudio y Denisse López. (2002) “Acechan drogas a los estudiantes”. Hermosillo, El Imparcial, Noroeste, 11 Febrero.

“..donde verdaderamente está la llave para evitar que las drogas sigan tomando como presa a los menores de edad es en la familia”. Arredondo, Luz B. (2005) “Bajan” drogas a primaria”. Hermosillo, El Imparcial, 25 de mayo.

“¿Cuántos de ustedes fuman, emborrachan y están lidiando con otras adicciones? ¿Son ustedes buenos ejemplos para sus hijos?” Bússani, Ignacio. (2005) “Antidoping: Un atentado a los jóvenes”. Hermosillo, El Imparcial, 11 de junio.

“Una madre de familia podría ser investigada por corrupción de menores, ya que su hija de 15 años sufrió una intoxicación alcohólica en un convivio familiar la noche del domingo...”. Peréa, Román. (2004) “Investigan a una mamá”. Hermosillo, El Imparcial, 12 de mayo.

“Es normal la incidencia delictiva de menores infractores, mientras que los casos donde jovencitas son encontradas bajo los efectos de las drogas, alcohol o prostituyéndose son hechos aislados. (...) Durante la semana pasada se dieron por lo menos cuatro casos de jovencitas de entre 13 y 16 años, que fueron hospitalizadas debido a intoxicaciones por ingerir bebidas embriagantes o usar drogas. De estos incidentes solamente una de las menores de apenas trece años proporcionó a la Policía el nombre del sujeto que le dio a beber cerveza, lo cual le ocasionó daños a la salud además de abandonarla al verla intoxicada”. Reza, Francisco. (2003) “*Casos de menores ebrias: Tapia*. Son hechos aislados”, Hermosillo, El Imparcial, 27 de agosto.

Aprensiones

“Una pareja de menores fue detenida durante la noche del martes al fumar y encontrarse en posesión de la hierba verde con las características de la marihuana (...) Al revisarlos, los agentes aseguraron un cigarrillo al menor de 17 años, mientras que la jovencita de 16 años portaba una bolsa de plástico con hierba verde”. Redacción PH, (2000) “Síntesis policíaca”. Hermosillo, El Imparcial, 3 de marzo.

“Las detenidas son Perla Yedit Cruz Ruíz y Amelia Guadalupe León Pacheco. A las dos mujeres se les aseguraron 23 envoltorios con droga conocida como “cristal...”. Guerra, José. (2005) “Detienen a dos mujeres. Catean casas y hallan droga”. Hermosillo, El Imparcial, 30 de julio.

“La droga le fue encontrada a Benny Vázquez Robles y Alma Delia López Laborín, quienes fueron detenidos por los gentes que cumplían una orden de cateo girada por un juez”. Arvayo, Luis. (2004) “Caen distribuidores urbanos de drogas”. Hermosillo, El Imparcial, 12 de enero.

“Señalan a vendedora. Los sujetos dijeron que las porciones de droga se la había vendido una mujer apodada como “La *mamys*”. Angulo, Manuel. (2004) “Detiene la PGR a una “tiradora”. Hermosillo, El Imparcial, 21 de julio.

Encabezado: “Le encuentran droga a mujer”. Jiménez Alfredo, (2004) Hermosillo, El Imparcial, 27 de octubre.

“Una mujer que se identificó como Miriam Karla Salazar Ruiz, de 23 años, fue detenida por elementos de la Policía Municipal en posesión de varias dosis de drogas. (...) procedieron a hacerle una revisión corporal a ella y fue cuando le encontraron dos porciones de cocaína, en un envoltorio con marihuana, cuatro pastillas *rivotryl*., dos porciones de “crystal” y una jeringa con un líquido espeso de color amarillo. Ya descubierta confesó haber fumado marihuana además de que estuvo bebiendo cerveza y se le detectaron huellas de polvo blanco en la nariz”. Redacción (PH) (2004) “Le encuentran drogas en ropa”. Hermosillo, El Imparcial, 27 de octubre.

“En posesión de un arma de fuego, una pequeña porción de marihuana y residuos de la droga sintética conocida como “crystal” fue detenida el sábado una pareja en al colonia Olivares. (...) Al realizarle una revisión corporal a Ortiz Ochoa (hombre) le hallaron fajada en la cintura un revolver calibre 22, mientas que Aguirre Contreras (mujer) tenía en su bolsa de mano un pedazo de foco con residuos de “crystal”. Nevárez, Omán. (2005) “Traían revolver y drogas”. Hermosillo, El imparcial, 24 de enero.

“Mujer de 71 años presuntamente se dedicaba al “narcomenudeo” pero agentes municipales la detuvieron cuando realizaba su actividad”: Nevárez, Omán. (2005) “Vendía marihuana la sorprendieron”. Hermosillo, El imparcial, 17 de mayo.

Encabezado: “Queda en el Cereso la “narcoabuelita”: Nevárez, Omán. (2005) Hermosillo, El imparcial, 19 de mayo.

“María de los Ángeles Hernández Zaragoza, alias “La Señora”, fue detenida por elementos de la Agencia Federal de Investigaciones (AFI) y la Procuraduría general de la República (PGR), por delitos contra la salud”. Márquez, Manuel. (2005) “Enterraba droga en su casa”. Hermosillo, El Imparcial, 25 de mayo.

“Una joven de 20 años fue sorprendida el viernes cuando pretendió hurtar de una tienda siete botellas de tequila ocultas entre sus ropas”. Redacción PH (2005) “Sorprenden a joven al robar en el super”. Hermosillo, El Imparcial, 23 octubre.

“Isela Castillo Santameño, de 29 años, traía consigo 17 envoltorios de “crystal” y 15 de marihuana, así como una pistola con seis cartuchos útiles (...) Isela aseguró no tener nada que ver con actividades de “narcomenudeo”, ya que el dinero que tiene lo gana vendiendo ropa y dulces”. López, Alfonso (2005) “Vendía droga pero la detienen”. Hermosillo, El Imparcial, 7 de julio.

“En posesión de 16 envoltorios con marihuana fueron detenidos la madrugada de ayer dos hombres y una mujer en Bahía de Kino”. Nevárez, Omán A. (2005) “Detienen en Kino a tres “tiradores”. Traína 16 envoltorios con marihuana en horas de la madrugada e intentaron ocultar el enervante”. Hermosillo, El Imparcial, 13 de julio

“Con 35 gramos de cocaína en su poder fue detenida ... “La Rosa” (...) de 41 años. Redacción PH. (2005) “Asegura Judicial droga a “tiradora”. Hermosillo, El Imparcial, 16 de julio.

“... le decomisaron 29 envoltorios confeccionados en papel aluminio con una sustancia café, características físicas de la heroína” López, Alfonso. (2005) “Aseguran heroína en SLRC. Hermosillo, El Imparcial, 18 de julio.

Encabezado: “Traían porciones de “crystal”. Sorprenden policías a dos mujeres en actitud sospechosa y al revisarlas les hallaron droga”. Nevárez, Omán A. (2005) Hermosillo, El Imparcial, 31 de octubre.

“Por cuidarle el “changarro” a su esposo, quien está preso por vender droga a menores de edad, una mujer de 37 años fue detenida ayer por la Policía Judicial del Estado en la colonia Jorge Valdés. (...) No puso resistencia. Según los agentes judiciales encargados de la diligencia, la mujer se entregó de manera voluntaria sin oponer resistencia. Esta mujer es conocida en el barrio y vendía hasta 50 dosis de la droga en un día, con valor unitario de 50 pesos. (...) Nerviosa y visiblemente afectada, la señora no quiso dar declaraciones a la prensa y se tapó la cara cuando se le tomaron las fotos”. López, Alfonso. (2005) “Captura la judicial a “tiradora” urbana.” Hermosillo, El Imparcial, 21 de julio.

“Hacían de la venta de droga un negocio familiar en la zona rural de Guaymas y fueron detenidos por los elementos de la Agencia Federal de Investigación (AFI). Guadalupe Martínez Pérez fue detenida junto a su hijos Benito Valdéz Martínez (...) al parecer por cometer delitos contra la salud”. Márquez, Manuel. (2005) “Atrapan a “tiradores” de droga”. Hermosillo, El Imparcial, 23 de julio.

Encabezado: “Aprehenden a una mujer con “crystal” y mariguana” Quintero C. Cuitláhuac. (2005) Hermosillo, El Imparcial, 12 de noviembre.

“A punto de perder un dedo estuvo ayer un joven de 25 años que discutió con una amiga por la posesión Nevárez, Omán. (2005) “Muerde a amigo ...por drogarse” Hermosillo, El Imparcial, 8 de julio.

“Una menor de 17 años de edad fue internada en el Hospital Ignacio Chávez por sobredosis de drogas. El médico que la atendió expuso que la muchacha presentaba intoxicación por pastillas de las llamadas *rivotril*, marihuana y alcohol”. Redacción (PH) (2004) “Internan a menor intoxicada con drogas”. Hermosillo, El Imparcial, 27 de junio.

“Una mujer, al parecer drogada, agredió a un taxista cuando le hizo el cobro correspondiente por un servicio de traslado (...) El taxista fue golpeado en varias ocasiones en el cuello y la espalda con una zapatilla, además le provocó una herida cortante en el labio inferior. Además de los daños a su persona, la mujer arremetió contra el parabrisas en varias ocasiones hasta que los municipales lograron contenerla”. Redacción (PH) (2004) “Arremete mujer a taxista”. Hermosillo, El Imparcial, 23 de marzo.

Mujeres, drogas y trabajo sexual

“El uso de drogas, comentó, es algo común entre las bailarinas de los *“table dance”*, aunque depende de cada quién si las consume o no”. Angulo, Manuel C. (2004) “Bailarina. Gana bien en un *“table”*”. Hermosillo, El Imparcial, 19 julio.

“Vender sus cuerpos para muchas mujeres es una forma fácil de conseguir dinero para mantener su adicción a las drogas (...) La presidenta de La Posada del Buen Samaritano indicó que en la entidad la prostitución y las drogas son temas íntimamente ligados (...) En los casos atendidos en la Institución de Asistencia Privada se detectó que por lo menos un 80% de las mujeres que se dedican a la prostitución son adictas a un tipo de drogas. Además, la gran mayoría de las 270 mujeres que han atendido en los tres años de operación de la Posada eran prostitutas antes de llegar al lugar a pedir apoyo para cambiar de estilo de vida”. Arredondo, Luz B. (2004) “Revelan que al menos un 80% de las meretrices padece alguna adicción. Ligan a las drogas con la prostitución”. Hermosillo, El Imparcial, 20 de julio.

“Con satisfacción tras superar su pasado de adicciones, *“Alicia”*, retomó de nuevo sus ilusiones a sus 50 años y dedica su vida a servir a los demás ayudando a otras mujeres que

como ella, decidieron buscar una opción distinta (...) Actualmente “Alicia” recuperó a sus hijos y persigue metas, se dedica a trabajar con otras mujeres en procesos de recuperación y busca prepararse más para ayudar mejor”. Rosagel, Shaila. (2004) “Supera mujer dicciones y prostitución. Descubre ayuda después de llegar la límite”. Hermosillo, El Imparcial, 23 de julio.

“Hace un mes y diez días Nora Amelia Morán Ramírez, una mujer de 29 años, fue internada por su madre, en el Centro de Rehabilitación y Recuperación para Enfermos de Drogadicción y Alcoholismo (Creda) por su adicción a la mariguana y al “crystal”. (...) “Por una dosis de “cristal”, me vendí con personas que para muchos pudieran resultar indeseables (...) Debido a su incapacidad por abstenerse al consumo de enervantes, es que ella continúa internada en el Creda, donde diariamente le dan sicoterapias, toma vitaminas, lee la Biblia, y hace quehaceres domésticos”. Rivera, Celeste. (2004) “Internan a adicta”. Hermosillo, El Imparcial, 11 de octubre.

Suicidios, drogas y mujeres

“Dos mujeres en diferentes puntos de Hermosillo, una de ellas menor de edad, intentaron quitarse la vida al ingerir pastillas en exceso después de discutir con sus familiares”. López. Alfonso. (2004) “Intenta suicidarse”. Hermosillo, El Imparcial, 12 de diciembre.

“Intoxicada al parecer con “crystal”, fue necesario internar en el hospital “Ignacio Chávez” a una menor de edad”. Nevárez, Omán. (2005) “Sufre intoxicación joven de 15 años”. Hermosillo, El Imparcial, 1 de agosto.

“Una jovencita de 13 años resultó el sábado con intoxicación por consumir varias pastillas Naproxen y paracetamol, al parecer para quitarse la vida (...) se le practicó un lavado de estómago”. Redacción (PH) (2005) “Sufre intoxicación con medicamentos”. Hermosillo, El Imparcial, 24 de enero.

“Un lavado estomacal recibió una joven de 15 años de edad, luego de que por querer quitarse la vida ingiriera varias cantidades de pastillas y medicamentos de diferentes tipo

(...) La niña explicó que había tenido una discusión con su madre y que por esa razón ingirió pastillas, para intentar suicidarse”. Guerra, José. (2005) “Intenta suicidio” Hermosillo, El Imparcial, 24 de febrero.

“A punto de morir estuvo una joven de 23 años que orillada por problemas personales con su marido, intentó acabar su existencia tomando puños de pastillas que le ocasionaron una fuerte intoxicación, por lo que debió ser atendida en un hospital”. Ruíz, Rubén. (2003) “Intentó suicidarse luego de reñir con su pareja. Salvan la vida de intoxicada”. Hermosillo, El Imparcial, 5 de mayo.

Las mujeres como personajes pasivos del “mundo de la droga”

Encabezado: “Intoxica bebida a menor en “antro”. (2002) Hermosillo, El Imparcial, 7 de octubre.

“En posesión de un millón 430 mil dólares, dos mujeres de Sonora fueron detenidas cuando pretendían viajar a Colombia, y que presuntamente están ligadas a una banda de narcotraficantes Larrínaga, José. (2003) “Los “*narcos*” utilizan a mujeres”. Hermosillo, El Imparcial, 19 de octubre.

“¿Qué hace Julieta con Rodrigo? Se preguntan sus padres. Ella responde: Por que lo AMO; y su subconsciente afirma: Porque si lo dejo se suicida. Los sicólogos y expertos en farmacodependencia señalan que en realidad el hecho de que Julieta siga con Rodrigo, a pesar de saber los problemas que tiene y los que le causa a ella debido al estrés de no saber qué pasará al día siguiente, es porque Julieta está siendo víctima de una sociedad que siempre le ha dicho que ser una buena mujer significa ayudar a, cuidar a, o bien salvar a, sin importar que eso signifique sacrificar su persona, felicidad y éxito...” Hurtado Abril, Sandra. (2005) “Mi adicto y yo”. Hermosillo, El Imparcial, 17 de febrero.

“Una mujer y su hija fueron remitidas a la Procuraduría General de la República (PGR), en su intento por introducir un gramo y medio de cocaína al Cereso Uno, durante la visita del pasado domingo”. Ruíz, Rubén A. (2003) “Detienen a mujeres por traer la cocaína. Son

madre e hija quienes ahora tendrán que responder por la acusación en la Agencia del Ministerio Público Federal”. Hermosillo, El Imparcial, 23 de septiembre.

“La víctima terminó internada en el Hospital General tras haber ingerido tres pastillas sicotrópicas conocidas como Valium, (...) En ese sitio una persona que según las víctimas conocen desde tiempo atrás y se dedica a la venta de este medicamento, le regaló tres pastillas a la adolescente y le ofreció otras a 20 pesos por cada una. La adolescente se tomó el medicamento y al poco rato perdió el conocimiento y tuvo que ser trasladada de emergencia al Hospital General, donde se le diagnosticó una intoxicación sicotrópica”. Ruiz, Rubén A. (2003) “Drogan a jovencita en una escuela”. Hermosillo, El Imparcial, 2 de noviembre.

“La mujer dijo que habían llegado a Nogales a pasar una noche de fiesta y que entraron al “table dance” Lord Black, de donde Ashley se fue con un supuesto agente judicial por voluntad propia. La reportante los siguió hasta llegar a un domicilio donde había aproximadamente diez personas que portaban armas largas y pudo ver a su amiga recostada en una casa, semi desnuda y al parecer bajo los influjos de alguna droga”. Ruiz, Rubén A. (2003) “De desaparecida. Carecen de reporte”. Hermosillo, El Imparcial, 5 de mayo.

“Una joven mujer de 15 años de edad fue drogada y violada por dos desconocidos que la subieron a la fuerza y la llevaron a un lugar solitario...”. Larrinaga Talamantes, José. (2002) “Drogan y violan a damita de Esperanza”. Hermosillo, El Imparcial, 27 de marzo.

“En segundo grado de intoxicación alcohólica fue internada en el Cotume una jovencita de 16 años, que antes de ser sometida golpeó a sus familiares y a un policía municipal (...) *“siempre ha sido una loca destrampada...”*. Ruíz, Rubén A. (2003) “Causa lesiones a agente policíaco. Detienen a jovencita en estado de ebriedad”. Hermosillo, El Imparcial, 5 de noviembre.

Encabezado: Ruiz, Rubén A. (2002) “Encontrada por fuera de *Td's*. Atienden a joven drogada”. Hermosillo, El Imparcial, 3 de agosto.

“...una niña de seis meses de edad fue atendida ayer en la clínica de la Cruz Roja al haber sido drogada con heroína por su padrastro (...) Al revisar a la niña e interrogar a la madre, expuso, se verificó que le fue introducida la droga en un biberón con leche y residuos del agua donde su padrastro preparaba sus propias dosis, y quien en repetidas ocasiones había dicho "que no la quería porque no era de él" (...) Agregó que la madre, Evangelina López, vive en un centro de rehabilitación porque no tiene a dónde ir". Ortega Aguayo, Carolino. (2001) “Droga con heroína a niña de seis meses”. Hermosillo, El Imparcial, 7 de junio.

Discriminación

“Jóvenes drogadictas minoritarias, principalmente hispanas y afroamericanas se encuentran en medio de una controversia debido a una organización que les paga 200 dólares por esterilizarse (...) La fundadora del programa (...) aseguró que si los aplicantes desean gastar el dinero en drogas, es su propia decisión, lo que a ella le importa es que no continúen teniendo niños que sólo vienen a sufrir al mundo”. León. María. (2002) “Buscan frenar las adicciones. Ofrecen dinero a jóvenes minoritarias adictas que acepten esterilizarse”. Hermosillo, El Imparcial, 31 de mayo.

Otros

“En 15 meses, 42 niños han nacido en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) condenados a graves enfermedades, algunas de ellas mortales, por sus madres adictas a drogas. Las madres al no dejar de consumir desde el popular “crystal” o “foco” la cocaína, marihuana y hasta alcohol, transmiten a sus bebés sus adicciones, enfermedades y provocan daño para siempre. “Pensábamos que eran casos aislados”, dijo ayer el director del HIES, Filiberto Pérez Duarte, “un residente hizo un estudio de agosto de 2004 a julio de 2005 y encontró 30 bebés con abuso fetal. Y de julio a ayer, doce casos más se registraron, incluyendo al bebé de un año que el

miércoles ingresó intoxicado por “crystal” cuando su papá se drogaba en casa de un vecino. (...)Uno de cada tres niños tienen problemas de salud por el uso de “crystal” por parte de sus madres, la mayoría son de Hermosillo”. Arredondo, Luz B. (2005) “Afecta droga en los bebés. Hay 42 niños con problemas generados por consumo de enervantes de sus progenitoras”. Hermosillo, El Imparcial, 22 de octubre.

“Sin duda, la adicción no es una cuestión de género, pero así como ambos sexos cuentan con semejanzas también tienen diferencias. Las actitudes y la tolerancia hacia la mujer que bebe son muy diferentes a las que se muestran en el hombre”. Peterson Beltrán, Luis David. (2003) “El alcoholismo en la mujer”. Hermosillo, El Imparcial, 29 de marzo.

“Meta: CIDA para mujeres. Uno de los objetivos trazados por el CIDA, es plantear ante los Municipios de Cajeme y Hermosillo la necesidad de contar con un centro exclusivo para mujeres y que lo impulsen. “Claro que sería a futuro, una vez que se cuente con el personal femenino de custodio y manejo de todas las áreas de un internado”, comentó. Actualmente se prepara personal en Culiacán, Sinaloa, donde ya existe un centro femenino, porque apegados a la norma sanitaria no deben estar mezclados hombres y mujeres, dijo. “Por experiencia propia decimos que el internado mixto provoca problemas emocionales que no puedes controlar en el proceso de rehabilitación, por eso lo evitamos”, expuso”. Castro, Fidel. (2005) “*Llegaron “Credas” para quedarse*

Drogadicción: Un mal masivo. Asegura Daniel Joel Araiza Astorga que en Cajeme se impulsó un centro realmente integral para atender este tipo de problemas”. Hermosillo, El Imparcial, 21 de febrero.

“Jóvenes drogadictas minoritarias, principalmente hispanas y afroamericanas se encuentran en medio de una controversia debido a una organización que les paga 200 dólares por esterilizarse (...) La fundadora del programa (...) aseguró que si los aplicantes desean gastar el dinero en drogas, es su propia decisión, lo que a ella le importa es que no continúen teniendo niños que sólo vienen a sufrir al mundo”. León. María. (2002) “Buscan frenar las adicciones. Ofrecen dinero a jóvenes minoritarias adictas que acepten esterilizarse”. Hermosillo, El Imparcial, 31 de mayo.

Anexo 4. Galería de los espacios terapéuticos



Albergue femenino, Hermosillo, Sonora.



Albergue femenino, Hermosillo, Sonora.



Albergue femenino, Hermosillo, Sonora.



Albergue femenino, Hermosillo, Sonora.



Albergue femenino, Hermosillo, Sonora.



Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz., Hermosillo, Sonora
Centro de Integración Juvenil, Hermosillo, Sonora.





Anexo, Hermosillo, Sonora.



Anexo, Hermosillo, Sonora.



Anexo, Hermosillo, Sonora.



Anexo, Hermosillo, Sonora.



Grupo de 24 horas, Narcóticos Anónimos, Hermosillo, Sonora.



Grupo de 24 horas, Narcóticos Anónimos, Hermosillo, Sonora.