Familias y Diversidad

Andrea Kenya Sanchez Zepeda. ENTS-UNAM
Edgar Iván Zazueta Luzanilla. Cátedras CONACYT-Instituto Mora
Luz María Galindo Vilchis. FCPYS-UNAM
Tania Lizbeth Meléndez Elizalde. FES Aragón-UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA

ANIVERSARIO
Instituto Mora

Directorio

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Enrique Graue Wiechers
Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas
Secretario General

Dr. Luis Agustín Álvarez Icaza Longoria
Secretario Administrativo

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda
Secretaria de Desarrollo Institucional

Lic. Raúl Arcenio Aguilar Tamayo
Secretario de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria

Dr. Alfredo Sánchez Castañeda
Abogado General

Mtro. Néstor Martínez Cristo
Director General de Comunicación Social

Escuela Nacional de Trabajo Social

Mtra. Carmen G. Casas Ratia
Directora

Mtro. Efraín Esteban Reyes Romero
Secretario General

Lic. José Armando Hernández Gutiérrez
Secretario Administrativo

Lic. Juliana Ramírez Pacheco
Secretaria de Planeación y Vinculación

Lic. María Eunice García Zúñiga
Jefa de la División de Estudios Profesionales y Encargada de la Secretaría Académica

Lic. Norma Angélica Morales Ortega
Secretaria de Apoyo y Desarrollo Escolar

Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia
Coordinadora del Programa de Maestría en Trabajo Social

Lic. Alma Gloria Pérez García
Coordinadora del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia

Mtra. G. Araceli Borja Pérez
Coordinadora de Investigación

Lic. Teresa Gabriela González Flores
Coordinadora del Centro de Educación Continua

Lic. María Reyna Ramos Martínez
Coordinadora de Gestión

Lic. David Martínez Dorantes
Jefe de la Oficina Jurídica

Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

Dra. Gabriela Sánchez Gutiérrez
Directora General

Mtro. Alejandro López Mercado
Secretario General

Dr. Gustavo Sadot Sosa Núñez
Director de Investigación

Dra. María José Garrido Asperó
Directora de Docencia

Mtro. Domingo López Hernández
Director de Administración y Finanzas

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información
Nombres: Sánchez Zepeda, Andrea Kenya, autor. | Zazueta Luzanilla, Edgar Iván, autor. | Galindo Vilchis, Luz María, autor. | Meléndez Elizalde, Tania Lizbeth, autor.
Título: Familias y diversidad / Andrea Kenya Sánchez Zepeda, Edgar Iván Zazueta Luzanilla, Luz María Galindo Vilchis, Tania Lizbeth Meléndez Elizalde.
Descripción: 1a. edición. | Ciudad Universitaria, CDMX : Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social : Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2021.
Identificadores: LIBRUNAM 2127692 (libro electrónico) | ISBN 9786073054393 (UNAM) (libro electrónico) | ISBN 9786078793358 (Instituto Mora) (libro electrónico).
Temas: Familias -- México. | Violencia familiar. | Mujeres -- México -- Condiciones sociales.
Clasificación: LCC HQ562 (libro electrónico) | DDC 306.850972—dc23

ENTS

1a. edición, diciembre de 2021

D. R. © 2021 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Alcaldía de Coyoacán, C. P. 04510, CDMX
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL- UNAM

D. R. © 2021 Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora
Calle Plaza Valentín Gómez Farías 12, San Juan Mixcoac, C. P. 03730, CDMX

Primera edición
ISBN UNAM: 978-607-30-5439-3
ISBN Instituto Mora: 978-607-8793-35-8

Cuidado de la edición Departamento de Publicaciones ENTS
Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio sin autorización escrita
de su legítimo titular de derechos

Diseño de portada: Alejandra Carolina Ramírez Cázares

Esta edición y sus características son propiedad de la
Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mora

Hecho en México

FAMILIAS Y DIVERSIDAD

Índice

Prólogo

Introducción

CAPÍTULO I: FAMILIAS Y DIVERSIDADES

Desafíos en los estudios de género: familia y diversidad sexual

Luz María Galindo Vilchis

Habitar autónomo en extensa familiaridad. El mito de la soledad y reivindicación del derecho a la autodeterminación

Andrea Kenya Sánchez Zepeda

Hogares unipersonales, un reflejo de la diversidad familiar en el México (pos) moderno

Edgar Iván Zazueta Luzanilla

Catolicismos y familias: Diversas maneras de vivir el catolicismo y relacionarse en familia

Tania Lizbeth Meléndez Elizalde

CAPÍTULO II: GÉNERO, REPRODUCCIÓN Y VIOLENCIA

Trabajo remunerado femenino y violencia de los hombres contra las mujeres en México

Olga Rojas

Apuntes al considerar prácticas e imaginarios denominados "masculinos" al evaluar intervenciones sociales con perspectiva de género y de derechos humanos

Juan Guillermo Figueroa Perea

Entre los derechos reproductivos y la influencia familiar: significados asociados al aborto en adolescentes con embarazos antes de los 15 años

Guadalupe Fabiola Pérez Baleón y Zyanya Macías Velázquez

CAPÍTULO III: ESCENARIOS DE ESTIGMA Y RIESGO SOCIAL EN LAS FAMILIAS

Familia y uso problemático de drogas en México. Privatización del cuidado y estigma

Angélica Ospina-Escobar

Mujeres en prisión y familia: el caso del Centro Femenil de Readaptación Social "Santa Martha Acatitla"

Verónica Montoya González

Abandono familiar de personas en cárcel como síntoma del abandono social: el caso de las personas con discapacidad psicosocial

Berenice Pérez-Ramírez

CAPÍTULO IV: CUIDADOS Y FAMILIAS

La organización familiar de los cuidados en parejas heterosexuales con doble ingreso en la Ciudad de México y Zona Metropolitana

Norma Karina Villa Ayala

El estudio del cuidado infantil en el marco de las dinámicas familiares: una propuesta teórico-metodológica

Cecilia Fraga

Familia y uso problemático de drogas en México. Privatización del cuidado y estigma[1].

Angélica Ospina-Escobar[2]

Resumen

El documento busca situar la falta de acceso a servicios públicos de atención al uso problemático de drogas y los retos que ello supone para las familias que tienen a alguno de sus miembros atravesando por esta condición. Para ello recurro al concepto de privatización de cuidado, a través del cual se plantea cómo el uso problemático de drogas es construido conceptual y políticamente como una falla individual del carácter. La privatización del cuidado permite subrayar cómo la reducción del estado de bienestar se ha traducido en el campo del uso problemático de drogas en la ausencia de una política pública de atención a esta situación y en la invisibilización de los elementos estructurales que inciden en la conformación de dinámicas de uso problemático de drogas. La argumentación está sustentada en material etnográfico recogido con personas con uso problemático de drogas y sus familiares en Tijuana, Mexicali, Hermosillo y Ciudad Juárez entre 2007 y 2015. Se concluye planteando la necesidad de reconocer los elementos estructurales que inciden en el desarrollo de patrones problemáticos de uso de drogas. Se subraya el papel del Estado como garante del bienestar de los ciudadanos y por lo tanto su obligatoriedad de ofrecer atención en su dimensión individual y colectiva al uso problemático de drogas garantizando intervenciones de calidad, basadas en evidencia y respetuosas de los Derechos Humanos, para proteger el bienestar económico, social y emocional de las familias que enfrentan esta situación.

Palabras clave: Uso problemático de drogas; familias; privatización del cuidado

Abstract

The purpose of this document is to locate the lack of access to public

services regarding the needs of problematic drug use and the challenges that this lack poses to families that have some of their members going through this condition. The concept of privatization of care describes how the problematic drug use is constructed socially and politically as an individual failure and to that extent, the person and the family are blamed for this condition. This makes invisible the structural elements which affect the conformation of problematic drug use, as well as the dynamics and the role of the state as guarantor of people's health. The argument is based on ethnographic material collected among people with problematic drug use and their families in Tijuana, Mexicali, Hermosillo and Ciudad Juárez between 2010 and 2015. It concludes by stating the need to recognize the multifactorial nature of drug use and the obligation of the state to treat it as a public health problem in its individual and collective dimension in order to protect the economic, social and emotional well-being of families facing this situation.

Key words: problematic drug use; families; privatization of care.

Introducción

El objetivo de este texto es presentar una serie de problemáticas que enfrentan las familias cuando uno de sus miembros atraviesa por una situación de uso problemático de drogas, enfatizando en el desamparo que viven por parte del Estado, lo que conlleva a que esta condición de salud impacte más agudamente a las familias de escasos recursos económicos.

La estigmatización del uso de drogas ha llevado entre otras cosas, a construirla socialmente como una falla en el carácter, producto de un defecto genético y/o psico- neurológico, de la falta de voluntad de los sujetos, o bien, de dinámicas y/o estructuras familiares "disfuncionales" (Garbi, Touris, y Epele, 2012). Desde estos discursos, el uso problemático de drogas se concibe como un problema individual y familiar y, en esa medida, tanto el individuo como su familia son culpabilizados de esta condición, configurándose la idea de la "inadecuación biográfica del yo" (Bauman, 2001:16), es decir, una falla en el carácter que es

introyectada a través de la autopercepción del sujeto como responsable, de manera individual y a partir de sus propias decisiones, de su condición de vida, en este caso, de su uso problemático de drogas.

Desde estas perspectivas, la intervención consiste básicamente en el despliegue de una serie de técnicas de control que tienden a la normalización y producción de nuevos sujetos que acepten su condición de enfermos y "decidan" cambiar sus actitudes para desarrollar una forma disciplinada de vida de acuerdo con los valores de trabajo y, aplazamiento del placer que exige la sociedad actual (Garbi, Touris, y Epele, 2012).

Estos discursos psicologistas frente al uso problemático de drogas, que enfatizan en la inadecuación del yo, cobran mayor fuerza en un contexto de repliegue del estado benefactor, de crecimiento de la fuerza del mercado, y de aumento de la criminalización y estigmatización del uso de drogas, lo que favorece que no se cuestione el papel que tienen la estructura y las instituciones sociales en las condiciones de uso problemático de drogas. En consecuencia, la respuesta estatal se diluye, fortaleciéndose la *privatización del cuidado,* entendida como el "proceso por el cual prácticas y actividades llevadas a cabo por otras instituciones sociales –de salud, de trabajo, etcétera– se desplazan y se integran al terreno de las relaciones vinculares próximas y de la intimidad" (Epelé, 2008). Este proceso afecta las dinámicas familiares en su conjunto, pero recae especialmente sobre las madres y compañeras, por el rol de cuidado asignado a ellas. El objetivo del documento es visibilizar estas situaciones.

El documento está desarrollado en cuatro apartados, en el primero se presentan los datos contextuales que hablan de la dimensión del uso problemático de drogas en México, las características de acceso a servicios de atención y las brechas existentes en los mismos. En el segundo se desarrolla el concepto de privatización del cuidado y en el tercero, usando material etnográfico recabado en investigación con personas con uso problemático de drogas en

distintas ciudades de la frontera norte de México, se describen los retos que enfrentan las familias y específicamente las mujeres/madres/compañeras, para atender esta condición de salud de algunos de sus miembros. Se concluye planteando la necesidad de reconocer el carácter multifactorial del uso de drogas y la obligatoriedad del estado de atenderlo como problema de salud pública en su dimensión individual y colectiva para proteger el bienestar económico, social y emocional de las familias que enfrentan esta situación, ofreciendo alternativas de tratamiento gratuitas, de calidad, basadas en evidencia y respetuosas de los Derechos Humanos.

El Sistema de atención al uso problemático de drogas en México: El desamparo institucional

La política de tratamiento de drogas en México opera a nivel federal, estatal y municipal. Desde el año 2000, todas las instituciones que ofrecen tratamiento contra las drogas han estado sujetas a la Política nacional para la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones, que se actualizó en 2009 (NOM-028-SSA2-2009 o NOM-028, de aquí en adelante). La NOM-028 clasifica las modalidades de tratamiento disponibles en México como ambulatorias o residenciales, cada una de las cuales puede ofrecer atención médica profesional, ayuda mutua, asistencial, modelos mixtos o métodos alternativos de tratamiento (NOM-028, 2009).

El modelo profesional (médico) es administrado por profesionales de la salud e incluye atención de emergencia ambulatoria y hospitalización. Los programas Ayuda mutua brindan apoyo entre pares basado en el modelo de recuperación de 12 pasos y no ofrecen servicios de atención profesional. El modelo mixto combina el tratamiento profesional y el de ayuda mutua en entornos como las comunidades terapéuticas y las casas intermedias, y los modelos alternativos proporcionan métodos de tratamiento complementarios o alternativos a la medicina alópata que no ponen en riesgo la integridad física o psicológica de las personas (NOM-028, 2009). Adicionalmente, Menéndez (1992) plantea la existencia del modelo

de autoatención, donde el diagnóstico y la atención son llevados a cabo por la propia persona o las personas más cercanas a ella y supone poner en práctica saberes tradicionales.

Los programas públicos de tratamiento para el uso de drogas implementan el modelo médico, administrado por profesionales de salud y con disposición de tratamiento farmacológico para apoyar el proceso de recuperación de las personas. De acuerdo al directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la Comisión Nacional para el Control de las Adicciones (Conadic, 2018), solo existen 32 centros públicos de tratamiento, de los cuales 8 se encuentran dentro de reclusorios, y 10 son manejados por los Centros de Integración Juvenil, es decir, quitando a los centros que operan dentro de los reclusorios, hay 24 centros públicos de tratamiento para las adicciones en todo el país, lo que constituye el 6.8% de la oferta total. En promedio, los programas públicos suelen 30 camas disponibles por lo que, a nivel nacional, solo se tiene capacidad para atender a alrededor de 720 personas en tratamientos residenciales públicos.

La insuficiente oferta pública de tratamiento para el uso problemático de drogas, ha propiciado un crecimiento exponencial de entidades privadas y no gubernamentales que ofrecen este tipo de servicios, sin que existan mecanismos suficientes de supervisión que garanticen la calidad de los mismos, a pesar de que la NOM-028 describe los estándares requeridos para cada modalidad de tratamiento y también describe los derechos de los pacientes.

La acreditación de los centros de tratamiento privados y no gubernamentales en México está vinculada al cumplimiento con la NOM-028 y es un proceso que se imputa a los respectivos gobiernos estatales en donde se localizan los servicios. Los programas que cumplen al menos el 80% de los criterios mínimos para los estándares de atención están acreditados y tienen derecho a recibir al menos una financiación gubernamental parcial.

Según la Conadic (2018), solo 354 establecimientos

especializados en el tratamiento de las adicciones en todo el país están reconocidos, aunque el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2017) recoge datos de 1,125 centros de tratamiento y rehabilitación localizados en todo el país, es decir, si tomamos los datos del número de centros reportados por el SISVEA a 2016, solo el 3.2% estaría reconocido por la Conadic por cumplir los requisitos estipulados en la NOM-028.

Adicionalmente, existen oficialmente solo dos clínicas públicas de metadona en todo el país[3] administradas por los Centros de Integración Juvenil, donde las personas dependientes a opioides pueden acceder a tratamiento sustitutivo con metadona. De acuerdo a información pública de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris, 2018), existen otras clínicas privadas que ofrecen tratamiento con metadona en Ciudad de México, Ciudad Juárez, Mexicali, Tijuana, Nogales y Nuevo Laredo.

Acceso a tratamiento

Según los últimos datos oficiales de la Encuesta Nacional de Consumo de drogas (Encodat 2016-2017), en México solo el 0.6% de la población entre 12 y 65 años presenta uso problemático de drogas, representando alrededor de 550,000 personas, de las cuales solo una quinta parte (20.3%) ha acudido a tratamiento (Villatoro-Velázquez et. al, 2017).

La brecha de atención deja ver la insuficiente oferta de servicios públicos de tratamiento para el uso problemático de drogas, pues cerca del 80% de las personas que necesitan atención no han accedido a ella.

La brecha en el acceso a los centros de tratamiento para adicciones se explica en parte por los costos de estos, dada la baja oferta pública de servicios profesionales. El promedio de los costos de tratamiento reportados por los 354 establecimientos residenciales para el tratamiento de las adicciones reconocidos por la Conadic (2018), es de 19,000 pesos mexicanos, con un internamiento promedio de tres meses. En cuanto al tratamiento con metadona -

que suele durar entre dos y cinco años, dependiendo del apego al tratamiento de la persona y la dosis con que inicie el tratamiento-, el costo mensual varía entre 58 y 81 dólares, más los costos de ingreso al programa (Burgos et. al, 2018).

A pesar de estos altos costos en los servicios de tratamiento, no hay forma de garantizar la efectividad de los mismos, de modo que se presenta una alta proporción de recaídas. En un estudio realizado con personas que se inyectan drogas (PID) en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo, el 78.7% de los encuestados reportó haber estado en tratamiento para el uso problemático de drogas, de los cuales, 25.6% ha estado una sola vez, el 47.0% entre 2 y 5 veces, el 14.7% entre 6 y 10 veces y 15.8% más de 10 veces. En promedio, esta población reporta haber estado en tratamiento 5.5 veces (Ospina Escobar, 2016). En otro estudio también con PID de Tijuana, el 22% reporta maltrato al haber ingresado a centros de tratamiento no-gubernamentales (Syvertsen et. al, 2010). A la fecha, no existen informes que den cuenta de estrategias de evaluación de las ofertas de tratamiento en México, ni información que permita tener una idea clara de la atención médica y otros servicios que están realmente disponibles en los centros de tratamiento privados y no-gubernamentales a los que accede la población.

Cuando se analiza el acceso a tratamiento por sexo se encuentra que la brecha de atención en mujeres es mucho peor, de modo que solo el 12.8% de las mujeres con posible dependencia a las sustancias accede a tratamiento (Villatoro-Velázquez et. al, 2017). Una de las razones que podría explicar esta brecha por sexo es que solo el 5% de los centros de tratamiento residenciales certificados por Conadic (2018) recibe mujeres, es decir, la oferta de atención dirigida a ellas es aún más reducida y sus costos son 300% más altos en comparación con aquellos que solo reciben hombres.

En segundo lugar, aún los servicios que ofrecen tratamiento para mujeres no contemplan la perspectiva de género en el diseño de las alternativas terapéuticas, de modo que no solo no se tienen en cuenta sus dinámicas particulares de uso de drogas, sus contextos

de riesgo, ni sus necesidades de atención, que, en muchos casos, supone brindar servicios integrales para la familia, en tanto muchas de ellas son jefas de hogar. Por ejemplo, en ninguno de los centros de tratamiento residenciales certificados por el Conadic (2018) se permite el ingreso de mujeres con hijos ni de mujeres embarazadas.

Entre las personas que acudieron a centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales durante el 2016 (último año para el que se tiene registro), el 89.6% fueron varones (SISVEA, 2017). Solo en menores de 19 años, la proporción de mujeres que asisten a tratamiento es mayor a la de los varones. Por ejemplo, mientras solo el 3.3% de los varones que acuden a estos centros eran menores de 14 años, en las mujeres la proporción fue de 13.5 y para el grupo de edad 14-19, el 16.6% eran hombres y 29.0% eran mujeres. De este modo, del total de mujeres que acude a centros de tratamiento, el 46.1% lo hace antes de los 19 años (SISVEA, 2017), lo que podría estar diciendo que las mujeres dejan de acudir a tratamiento cuando empiezan a tener hijos y formar familias, lo que sucede alrededor de los 20 años según la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (Inegi, 2015).

La literatura sobre el tema señala que el doble rol de proveedora y cuidadora incide de manera negativa en las posibilidades de las mujeres de acceder a servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas (Syvertsen et. Al, 2014). Particularmente, las responsabilidades familiares, el miedo a perder la custodia de los niños y la falta de cuidado infantil durante el tratamiento pueden actuar como barreras para la participación en el cuidado y pueden tener un impacto negativo en los resultados del tratamiento (Syvertsen et. Al, 2014; Broke et. al, 2016).

La escasa disponibilidad de centros públicos y la insuficiente supervisión de los centros de la sociedad civil que ofrecen tratamiento a la población con uso problemático de drogas pareciera denotar que este tema no constituye una prioridad en la agenda de salud pública en México. Esta indiferencia estatal en relación con el tratamiento al uso problemático de drogas, no solo profundiza las

brechas de desigualdad entre aquellos con mayores recursos que acceden a mejores servicios y aquellos con menos recursos que solo pueden acceder a los ayuda mutua, sino que también profundiza las condiciones de vulnerabilidad de las familias de escasos recursos económicos, pues no solo deben enfrentar la pérdida del aporte económico de un miembro por su condición de salud mental, sino que además deben invertir su escaso capital en unos procesos de tratamiento poco efectivos y costosos. A este proceso llamo privatización del cuidado.

La Privatización del cuidado: Estrategias familiares ante la ausencia del Estado

La caída acelerada de las condiciones de vida y las crisis económicas y políticas que ha vivido México a partir de la década de 1980, han producido un deterioro de las condiciones de vida de las poblaciones que ya en ese momento se encontraban empobrecidas y marginadas (Cortés y de Oliveira, 2010). Al mismo tiempo, a partir de 1980 se registra un fortalecimiento de grupos dedicados a la producción, trasiego y comercialización de drogas ilegales en México y el crecimiento de mercados locales de drogas (Astorga, 2016), lo que en su conjunto ha favorecido el aumento de la demanda de drogas y con ello, ha aumentado del número de personas que buscan tratamiento para el uso problemático (Villatoro et. al, 2017).

En este contexto de mayor precariedad de las condiciones de vida de los sectores populares, las consecuencias que ha tenido el uso intenso de drogas en los jóvenes pobres (muerte por violencia, sobreexposición al VIH y al VHC y encarcelamiento)–, ha supuesto entre otras cosas, una mayor dependencia de los usuarios respecto de las actividades ilegales para la provisión de recursos, el aumento de conflictos entre grupos dentro del mismo vecindario, y la reducción de intercambios con otras personas por fuera de las redes de usuarios al interior de las colonias (Epele, 2008; Ospina-Escobar, en prensa).

En estas circunstancias emergen un conjunto de prácticas del

cuidado de sí y del cuidado por medio de otros en donde la familia y la pareja devienen cruciales para asegurar la sobrevivencia de las personas que uso problemático de drogas, pues es a través de ellas que los usuarios acceden a capital financiero, emocional y social que hacen posible el proceso de transición a patrones no problemáticos de uso de drogas o a la abstinencia misma y por fuera de las cuales dejar de usar drogas o disminuir su uso problemático es menos probable que suceda. A estas prácticas María Epelé (2010) las denominada "privatización del cuidado".

Por privatización del cuidado, Epelé (2008:299) refiere el "proceso por el cual se transfiere al dominio de la intimidad –en este caso de la familia y la pareja– un conjunto tanto de tensiones, emociones y conflictos producidos en diversas áreas de la vida cotidiana, como también la expectativa de reparación y resolución de los mismos". Por ejemplo, ante la falta de guarderías públicas, es la familia la que funge como apoyo para cuidar a los menores mientras los padres trabajan. Ante la falta de acceso a créditos públicos, es la familia quien presta el dinero para solventar una emergencia o una inversión en alguno de sus miembros. Ante la falta de una política pública de atención a las personas con discapacidad y de la tercera edad, es la familia quien se hace cargo de sus cuidados.

De este modo, la noción de privatización del cuidado permite poner en el centro del debate los retos que enfrentan las familias para asegurar el cuidado y la supervivencia en condiciones estructurales de privación, violencia y desigualdad social. Estas condiciones en sí mismas, generan tensiones al interior de las dinámicas familiares, no solo porque las expone a sortear cada día la sobrevivencia de sus miembros en condiciones siempre inciertas y amenazantes, sino porque la falta de acceso a oportunidades laborales y educativas y la poca movilidad social ascendente es concebida no como un problema de la estructura de oportunidades[4] de nuestra sociedad, sino como un problema individual de la falta de esfuerzo y compromiso de los sujetos por mejorar sus condiciones de vida.

En estos términos, la tensión que produce en los sujetos la

internalización de un marco de referencia aspiracional -que enfatizan en el éxito monetario, el ascenso social y el consumo como ideales de bienestar-, y las dificultades para lograr tales metas a través de las vías institucionales o de los modos socialmente legitimados, tienen una dimensión individual, pero también se traducen en tensiones familiares, que cuando se suman a una situación de uso problemático de drogas en uno de los miembros, aumenta aún más la tensión en las dinámicas familiares, en tanto son privadas de recursos, pero tienen que responder a nuevos retos. Por todo ello, el confinamiento de las alternativas de atención del uso problemático de drogas al terreno de la vida familiar privada de los sujetos, termina por erosionar los escasos capitales a los que las familias pobres tienen acceso, configurándose como una condición catastrófica para estos hogares.

Es así como la noción de privatización del cuidado permite ligar unas condiciones estructurales de vida, con unas prácticas íntimas de cuidado de sí mismo y de los otros que tienen lugar en el seno de las dinámicas familiares y que tienen costos no solo económicos, sino también emocionales y sociales. Estos costos acrecientan las desigualdades existentes al interior de la familia por la condición de género y son transgeneracionales, en tanto los efectos del uso problemático de drogas en alguno de los miembros es diferencial según la edad a que se vive esta situación.

En este análisis se argumenta que los costos de la privatización del cuidado del uso de drogas recaen principalmente sobre las figuras de la madre y la esposa, situación que por efecto del estigma las convierte en madres y esposas no-aptas cuando son ellas quienes presentan la situación de uso problemático de drogas y en corresponsables (co-dependientes a veces) de la situación de dependencia de sus hijos y/o su pareja cuando no son ellas quienes usan drogas.

Navegando en el desamparo

En este apartado se presentan los hallazgos de ejercicios etnográficos realizado en algunas ciudades de la frontera norte de

México desde 2007 con personas que se inyectan drogas (PID), en el marco del desarrollo de distintos proyectos de investigación con esta población. Particularmente se utilizan fragmentos de 20 entrevistas a profundidad realizadas a mujeres que se inyectan drogas residentes en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo durante el 2012, con la finalidad de conocer sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las entrevistas fueron obtenidas gracias al contacto con organizaciones de la sociedad civil que implementan proyectos con la población y que facilitaron los acercamientos necesarios para llevar a cabo las conversaciones.

Así mismo, se utilizan fragmentos de relatos biográficos de varones que se inyectan drogas residentes en Hermosillo, recogidos durante el 2014 en espacios de encuentro de la población y de conversaciones informales realizadas con sus madres, parejas y familiares y registrados en diarios de campo, en el marco de la realización de una tesis de doctorado sobre trayectorias de uso de drogas (Ospina-Escobar, 2016) y que cristaliza un acercamiento etnográfico que ha venido realizando la autora en esta ciudad desde 2010.

Todas las entrevistas fueron audiograbadas y todos los participantes brindaron el consentimiento informado. Los nombres que aquí se presentan no corresponden a los nombres reales de los participantes para proteger su confidencialidad. Así mismo se utilizaron en este análisis registros anecdóticos provenientes de los diarios de campo que nutrieron el análisis de los proyectos de investigación mencionados y que dan cuenta del contexto más amplio en que las entrevistas tuvieron lugar.

A continuación, se presentan los datos a modo de crónica, razón por la cual están narrados en primera persona. Esta narrativa etnográfica (Chase, 2005) permite construir un retrato de las realidades complejas y contradictorias del informante, retrato situado social e históricamente. La narrativa, es una forma clave de escribir y pensar sobre la experiencia y ofrece alternativas para ligar analíticamente elementos biográficos y elementos relacionales con

elementos del contexto social más amplio en el que viven los sujetos (Clandini y Connelly, 2000).

Aura, La abnegación que supone ser madre de un "adicto"

Conocí a Aura en 2010, cuando estaba haciendo un mapeo de lugares de encuentro de PID en Hermosillo, Sonora. Por ese entonces, Aura tenía cuatro hijos. El mayor, T, estaba en la cárcel por venta de drogas, era dependiente a la heroína, al igual que su hijo menor P. Aura trabajaba ocasionalmente haciendo limpieza y el mantenimiento del hogar dependía principalmente de su hija Vero, quien se ocupaba como *scort* de personajes relacionados con la venta de drogas en el Estado.

Por ser madre del vendedor de drogas de la colonia y de un usuario, era una persona central en la red de usuarios de esa colonia, quienes acudían a su casa por agua, por el baño, para esperar la "conecta". En todas las ocasiones que tuve oportunidad de presenciar, Aura siempre los recibió con paciencia y sin reproches, ejerciendo de alguna manera su rol de madre con todos ellos.

Los relativamente altos ingresos de Vero le permitieron en dos momentos distintos pagar a su hermano P internamiento en centros de tratamiento para adicciones privados. Aura en una ocasión me comentó:

> *Vero era quien más se agüitaba de ver a P en ese estado* [dependiente a la heroína], *ella lo mandó dos veces a oceánica y pagó con todos los costos. De no ser por ella, se hubiera muerto seguro… En el Nava*[5] *nunca hay camas y esos centros de por aquí no me gustan, ahí los golpean, no les dan de comer y a la final, salen más resentidos con uno.*
>
> Aura, madre de P[6]

Una parte importante de los ingresos de Vero iban destinados a resolver problemas de sus hermanos: Pago de fianzas, abogados, sobornos, protección, visitas a la cárcel, pago de centros de rehabilitación, etc. por lo que a pesar de los relativamente altos ingresos (por encima de los $10,000 mx mensuales) de Vero, la casa de Aura nunca dejó de tener piso de tierra y ser básicamente

un terreno con construcciones de lata que operan como cuartos y el baño. Desde que la conozco, Aura nunca ha tenido una cama para ella sola, sino que, la ha compartido con sus hijos y nietos.

A pesar de los esfuerzos de Aura y de Vero por apoyar a P, este murió en 2014 de una sobredosis de heroína. En 2013 había muerto Vero en un trágico accidente de auto, mientras P estaba en la cárcel junto a su hermano T. El primero por posesión simple y el segundo por narcomenudeo. Días antes de la detención, P había tenido un altercado con Vero, quien lo había confrontado por tratar mal a Aura. *Me exigía que le diera mi dinero* -me explica Aura durante el novenario de P – *si no le daba, se llevaba lo que encontrara y si no había nada, tantito peor, se ponía como loco* -. En medio del alegato, P y Vero terminaron a los golpes y P optó por irse de la casa.

En el tiempo que llevaba a su casa, Aura se enteró que estaba en prisión porque salió en las noticias y en el periódico amarillista local, volviéndose por unos días en el tema de la colonia. Aura fue a visitarlo inmediatamente supo de su detención. Vero en cambio, nunca lo visitó, pues seguía enojada, según el relato de Aura. Por ello, me explica Aura, su muerte fue tan devastadora para P, pues no tuvo oportunidad de pedirle perdón.

Tras la muerte de sus dos hijos menores, Aura quedó como responsable de dos nietos pequeños y su hija menor, quien por ese entonces vivía con una tía. La desolación la habitaba, sin embargo, sentía que no tenía tiempo para ir a un psicólogo para elaborar su duelo. *Qué me va a decir un psicólogo* - me decía-, *Quién va a trabajar por mí, mientras voy a platicar. Yo no tengo tiempo para llorar, tengo que trabajar por mis nietos*.

Su hijo mayor, T, murió en 2018 a unos meses de haber salido de prisión. Estuvo cuatro años, periodo en el cual Aura lo visitaba semanalmente para llevarle comida, dinero y subirle el ánimo. Aura conocía bien la rutina, pues la entrada y salida de prisión era una realidad constante desde que sus hijos alcanzaron la mayoría de edad. Esta situación dificultaba aún más sus posibilidades de

conseguir un trabajo formal, pues necesitaba ir un día distinto cada semana a visitar a la prisión a alguno de sus hijos, lo que suponía perder un día entero de trabajo. Frente a ello, su principal opción laboral ha sido trabajar a destajo haciendo limpiezas en casas.

Además de las presiones económicas que supuso para Aura tener dos hijos de manera intermitente en prisión y sin acceso a tratamiento gratuito para uso problemático de drogas, Aura tuvo que enfrentar el costo emocional de las violencias desatadas durante las fases de uso intenso de drogas de éstos.

> *Antes de que se muriera T, - me comenta en diciembre de 2018 que la visité por última vez -, estaba insoportable... Yo procuraba no estar en la casa y dejar todo bien cerrado con candado… Tampoco había mucho que pudiera llevarse, pero lo que encontraba se lo volaba, ya sabes cómo se ponen, - me dice mientras se le deslizan las lágrimas por su rostro-. Me salía tempranito con los niños (sus 3 nietos). Dejaba a los dos grandes en la escuela y a la chiquita en casa de una comadre. A la salida de la escuela, ellos llegaban a casa de mi comadre y ya regresábamos bien noche. No me gustaba que los niños vieran a T en ese estado -hace una pausa mientras las lágrimas recorren sus mejillas - A veces me lo encontraba en la calle, en la parada de un camión y me gritaba vieja culera, yo hacía de cuenta que no lo conocía y seguía. Me daba mucha vergüenza.*

Antes de morir, T estuvo 21 días en coma en el Hospital General de Hermosillo, por ingerir un frasco completo de pastillas para la presión de Aura. Ella estuvo junto a su cama esos 21 días. Durante esos 21 días Aura no trabajó, tampoco lo hizo durante los 10 días siguientes, tiempo que tardó en realizar los trámites del funeral. No pregunté quien cuidaba de sus nietos mientras ella estaba en el hospital, ni qué comía ella, o cómo conseguía el dinero para transportarse. Además de los medicamentos esenciales que no tenía el hospital y debía conseguirlos para asegurar que su hijo siguiera con vida, Aura tuvo que comprar un aparato para asegurar la traqueotomía que le costó $3,000 y otro más, para asegurar una colostomía que le costó $8,000. Para poder cubrir esos gastos y los del funeral, acudió con un prestamista local.

Hoy a sus casi 60 años, Aura se enfrenta al reto de criar en soledad a sus nietos, llena de deudas, con sus duelos atorados en la garganta y sus emociones encapsuladas en el pecho, aplazando

para después la posibilidad de atenderse y llorar sin restricciones sus dolores profundos.

En el caso de Aura, el concepto de privatización del cuidado deja ver como la pobreza estructural en la que se ha desarrollado su vida es agudizada por la situación de uso problemático de sus dos hijos varones. Ante la falta de políticas de protección a la familia y de atención al uso problemático de drogas, Aura no tiene tiempo para sí, su vida misma es volcada hacia los otros, sus hijos, sus nietos, situación que está completamente normalizada en su discurso. En este caso, el proceso de privatización del cuidado la convierte en la única responsable de la sobrevivencia de sus hijos y tras la muerte de estos, el costo emocional de esa falla radical recae enteramente sobre ella sin que encuentre un mediador institucional que haga menos pesada su carga.

La tragedia de la muerte de los hijos de Aura es vivida también por sus nietos, quienes no solo se enfrentan a la misma pobreza a la que los otros miembros de la familia se han expuesto, sino que tienen que lidiar en soledad y a temprana edad con la pérdida de sus padres. Estos niños no solo están malnutridos, sino que enfrentan los traumas emocionales de su orfandad que deberían ser abordados en la escuela. La escuela sin embargo es sorda a estos contextos y no se ofrece apoyo alguno a niños como estos, pues se asume que la orfandad, el uso problemático de drogas en los padres, es un asunto privado de incumbencia exclusivamente familiar.

Sofía, El peso del estigma de ser madre “adicta”

Sofía, es una mujer de 23 años. Está embarazada por tercera vez y aunque tiene 5 meses de embarazo, no quiere ir a control prenatal. Planea tener a su hijo en casa, pues tras su último parto (hace dos años), fue separada de manera definitiva de su hijo y a la fecha no tiene información sobre el paradero del menor.

> *Cuando llegué al hospital me hicieron un antidopping y salí positiva al cristal, entonces apenas nació me lo quitaron, solo lo pude ver a través del cristal. Él estaba bien, pero yo nunca pude tocarlo. Después me dieron de alta y cuando*

pregunté por el bebé me dijeron que él se tenía que quedar, cuando regresé al día siguiente, ya se lo habían llevado al DIF y ahora nadie me da razón de él.

Sofía, 23 años, Hermosillo

La historia Sofía se repite una y otra vez en mujeres con uso problemático de drogas, dependientes a la heroína o a otra sustancia, vivan o no en condición de calle, estén en o no en tratamiento. Sin embargo, la legislación mexicana no establece criterios claros que determinen las condiciones bajo las cuales los hijos deben ser separados de sus madres, razón por la cual, cada juez, puede determinar bajo su propio criterio si las condiciones de vida de la madre violan o no la Convención de los Derechos del Niño y/o la Ley General de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

El insuficiente acceso a tratamiento para el uso problemático de drogas que enfrentan las mujeres en México, conlleva a que al momento de estar embarazadas enfrenten con sus propios recursos – bastante limitados - el problema de su dependencia. Las estrategias que emprenden resultan son casi siempre fallidas, pues la falta de recursos económicos, la falta de redes sociales y familiares, los contextos complejos en los que viven y el desamparo institucional, aunados a la condición física de la dependencia a las drogas, son condiciones que dificultan que estas mujeres se abstengan de usar drogas -así lo deseen genuinamente-, o bien, adopten prácticas de uso menos riesgosas para ellas y sus bebés.

Cuando supe que estaba embarazada fui al metadón, pero el doctor me dijo que el medicamento ponía en riesgo al bebé y que mejor me internara. Estuve buscando, pero en ningún centro me recibían en ese estado. Entonces estuve batallando en la calle, me inyectaba poquito, un día sí y un día no, solo para calmar el malestar, porque no soportaba los malillones, batallé mucho y para nada… Cuando me fui a aliviar, de volada se dieron cuenta que era tecata [usuaria de drogas inyectadas], por los traques y las carreteras que traigo [cicatrices de las venas colapsadas]. Cuando nació la niña, me dijeron que llamara a un familiar, porque si no el DIF se hacía cargo de ella. Yo no tengo a nadie, me fui de la casa bien chica y no tengo familia, entonces la perdí…

Zule, 30 años, Ciudad Juárez

La separación de los hijos es vivida como una experiencia

traumática para las mujeres, lo que agudiza en muchos casos, su condición de uso problemático de drogas, convirtiéndose en una profecía autocumplida de su incapacidad para “salir de las drogas” y ahondando en la internalización del estigma como sujeto inadecuado.

> *Cada hijo es una ilusión (…) Lo triste es cuando te quitan esa posibilidad por ser adicta. No te preguntan nada, solo dicen que ellos están mejor en el DIF. Pero eso no es solución. Allá se enferman, sufren porque quieren estar conmigo y no hay nadie que los abrace y les explique lo que pasa… Yo sufro parejo con ellos, porque son mis hijos y me los quitaron (…) Todo se convierte en una pesadilla, vivir con su recuerdo, imaginarse cómo están… Eso me llevó a recaer y ahí si, los perdí para siempre (…) No importa cuánto me haya esforzado por cambiar de vida, al final me los arrancaron de mis brazos*
>
> Martha, 28 años, Tijuana

Bajo estas condiciones, al momento en que una mujer usuaria o dependiente a las drogas, aún si se encuentra bajo tratamiento, se presenta ante un juez para demandar la custodia de su prole, se enfrenta a la estigmatización generalizada frente al uso de drogas, que naturaliza la creencia que una mujer usuaria de drogas no está en condiciones de cuidar a un menor. Así, el uso de drogas se construye como una condición que limita el derecho de las mujeres a ejercer su maternidad y la separación de los hijos opera como una suerte de castigo social por la violación de los mandatos de género que supone para estas mujeres el uso de drogas ilegales.

> *En Verter hemos acompañado a varias mujeres en el proceso de luchar por la custodia de sus hijos, pero es como luchar contra corriente, porque ellas se enfrentan a mucha violencia por parte de los mismos funcionarios, empezando por los médicos y enfermeras. Para ellos una mujer dependiente a las drogas, es un ser egoísta y no muestran ninguna compasión ni empatía hacia ellas. Normalmente después del parto, les avisan que no les darán salida con el recién nacido y que requieren de un familiar para poder sacar al menor, requisito que para la mayoría de ellas es imposible de cumplir porque por su adicción, sus redes familiares están muy rotas.*
>
> *Una vez les dan de alta, les piden ir todos los días al hospital a ver al bebé a través del ventanal, normalmente no las dejan entrar a los cuneros, ni cargarlos, pero si tienen que cumplir unos horarios de visita muy rígidos y llevarles pañales, leche y otros insumos que requiera el bebé. Ellas no tienen dinero para el transportarse, ni para llevar los que les piden, el mismo maltrato que enfrentan desde que llegan al hospital las va desanimando, eventualmente tienen una*

racha de varios días de uso intenso de drogas y entonces cuando regresan ya se han llevado al bebé al DIF.

Es necesario entenderlas, están pasando por el posparto, viven en la calle, no pueden ver a su hijo, son situaciones muy difíciles, que favorecen que tengan recaídas de uso de drogas. Lo mismo ocurre cuando avanza el proceso con un juez, les condicionan la custodia a que consigan una casa donde vivir y un trabajo, pero no es que no quieran, es que no tienen cómo acceder a esas condiciones.

Lourdes Angulo, directora de Verter A.C., Mexicali 2017

Unicef reconoce que la separación del binomio madre-hijo y la institucionalización de este último, no necesariamente es la mejor opción para el menor, especialmente dadas las condiciones de saturación de las casas-hogar de protección del DIF en varios estados de la república por la cantidad de menores institucionalizados, lo que dificulta garantizar sus condiciones mínimas de salud y bienestar.

En este caso, la privatización del cuidado frente al uso problemático de drogas en las mujeres se expresa bajo la forma del estigma que recae sobre estas mujeres. Son ellas las únicas responsables de su tratamiento y recuperación. El Estado solo aparece para castigarlas por su práctica "desviada" que contraviene los estereotipos de género. El castigo es la separación de sus hijos, negarles sin cuestionamientos, su derecho a la maternidad. No se cuestionan sus condiciones de pobreza y vulnerabilidad, las múltiples violencias que han vivido a lo largo de sus vidas, desde su infancia y cómo ello juega un rol importante en los patrones de uso problemático de drogas (Simonelli, Pasquali y De Palo, 2014). Tampoco se cuestiona por qué las mujeres enfrentan mayor erosión de sus vínculos sociales en comparación con los hombres, ni qué tipo de apoyos se podrían generar desde el Estado para apoyar el binomio madre-hijo, para ofrecerles alternativas de recuperación y de reparación de sus heridas emocionales o bien, cómo apoyarla emocionalmente en el difícil tránsito de la separación cuando no hay más opción.

Karla, entre el abandono y la obligación de incondicionalidad

En los relatos de varones con uso problemático de drogas, la entrada en unión con una mujer no usuaria y/o la llegada de un hijo son eventos que en algunos casos también desencadenan el deseo de dejar de usar drogas o transitar a patrones menos intensos de uso. En este caso, el deseo de disminuir o dejar de usar drogas, tiene que ver con la esperanza de cambiar de estilo de vida, de encontrar un espacio donde pueda reparar los daños emocionales acumulados durante los años de vida y desde donde pueda encontrar placer. La pareja ofrece el anhelo de construir una vida nueva donde el riesgo y el peligro no sea la constante. El hijo vendría a operar como el sello simbólico de ese pacto, una oportunidad de ser distinto, de romper con su historia personal.

> *Cuando mi novia quedó en embarazo ya me quise rehabilitar. No quería que mi hija pensara que su papá era un adicto, entonces fui a la metadona y empecé a medicar. Ahí me calmé, ya no era igual cuando consumía, como cuando estaba en Phoenix. No te voy a decir que si hay buena Shiva no me enfiesto, si, me voy dos, tres días, pero ya después regreso a metadona y vuelvo a buscar trabajo, porque tengo que responder por mi familia. Mi mamá me ayuda y la familia de ella* [la pareja] *también, pero si me ven enrrachado, me las quitan y no quiero que eso pase, porque ellas me dan fuerza para seguir bien.*
>
> Jirafa, 22 años, Hermosillo

Epele (2010) denomina a este proceso, *rescate por amor* y lo define como "una suerte de política informal orientada al cuidado y a la supervivencia de los usuarios de drogas" (Epele, 2010, pág. 193). Lo complejo del *rescate por amor* es el peso que ello tiene para la pareja mujer, pues se convierte en corresponsable del proceso de recuperación de ellos y en esa medida son culpabilizadas cuando aquellos no logran cumplir su compromiso personal de cambiar sus dinámicas de uso intenso de drogas.

En este caso, la privatización del cuidado genera por un lado, la profundización de los roles tradicionales de género y por el otro, aumenta la vulnerabilidad de las mujeres en estos contextos de precariedad. Se espera entonces que la mujer reduzca y/o elimine el consumo de drogas de su pareja, lo aleje de actividades ilegales, repare el dolor y el sufrimiento que le ha generado el uso problemático de drogas y todos los otros traumas y heridas

emocionales que están detrás de esta práctica (Epelé, 2010). Para poder cumplir con estas expectativas, la mujer no debe ser usuaria de drogas para empezar, pues en este caso, su comportamiento se convierte en un factor de riesgo para las recaídas de aquel, sino que, además, debe estar siempre disponible a "rescatar" a su pareja, a apoyarlo y manejar sus propias emociones, bajo el supuesto que una discusión puede poner en peligro su recuperación.

> *Yo estaba con una morra, pero no me dejaba ser. Si me veía con mis amigos, se enojaba y me decía que otra vez y a caer. Me molestaba mucho que me presionara tanto y por eso, cada vez que podía me enfiestaba (…) Yo si quería que me ayudara, pero no así, siendo tan explosiva, sino siendo amorosa, comprendiéndome.*
>
> Charly, 35 años, Hermosillo

En muchos casos, este rescate por amor supone además aguantar situaciones de violencia en la pareja, especialmente cuando el otro está atravesando por una situación tensa que dispara la intensidad de uso de drogas y su irritabilidad. Aún en esta situación de vulnerabilidad de la propia mujer, las respuestas sociales es que "ella se lo buscó" por tener de pareja a una persona con uso problemático de drogas y desde ese lugar de señalamiento son pocos los apoyos sociales e institucionales que se le brindan, bajo la lógica que "ella solo se metió en la situación, ella solo debe salir".

En el marco de este abandono institucional, es la familia quien viene a "rescatarla", también por amor. Sin embargo, este "rescate" por parte de la familia en muchas ocasiones es más limitado cuando las mujeres son usuarias de drogas, situación que erosiona de manera más aguda los vínculos familiares de estas mujeres en comparación con sus compañeros hombres, quienes pareciera que siempre cuentan con el apoyo de sus madres. Pareciera que una vida de violencia es el castigo que una mujer deben asumir por violar los mandatos de género al usar de drogas. En este contexto, la mujer con uso problemático de drogas no solo es abandonada por su familia, sino doblemente estigmatizada en su contexto familiar y comunitario de la colonia.

Siempre observamos que las mujeres con uso problemático batallan más que los hombres. En parte porque salieron muy chicas de sus hogares por violencia y entonces ya de plano rompieron con sus vínculos familiares. En parte porque se les castiga más severamente por ser usuarias, es como un pecado más grande para las mujeres que para los hombres y por eso las familias las apoyan menos. No las ayudan a internarse, no quieren saber de ellas. Entonces su situación es más compleja.

Lourdes Angulo, directora de Verter A.C., Mexicali 2017

En campo no he atestiguado relaciones en las que la mujer sea quien esté en situación de uso problemático de drogas y tenga una pareja no-usuario[7]. La situación más común es que los dos miembros de la pareja sean usuarios de drogas y compartan momentos de uso problemático, o bien, especialmente entre los usuarios mayores de 40 años[8], la situación más común es que él sea quien usa drogas y su pareja mujer sea no-usuaria.

En los casos en que ambos miembros de la pareja atraviesan una situación de uso problemático, no siempre los varones apoyan a sus parejas en el proceso de recuperación. Antes bien, la literatura ha mostrado cómo se incrementan las violencias en el escenario íntimo de la pareja cuando es ella quien busca reducir su consumo de drogas (Golinelli, Longshore y Wenzel, 2008).

Bajo estas condiciones, la opción a la que recurren algunas mujeres es cambiar de pareja, aprovechando una situación desafortunada de sus compañeros, como la entrada en prisión o su internamiento. Al abandonar a sus parejas "adictas", las mujeres buscan ofrecer mejores condiciones de vida a sus hijos y a sí mismas, pero con ello se exponen a vivir violencias por parte de la pareja que abandonan, quienes no perdonan lo que para ellos es una traición.

A los meses de estar en el cereso, aquella dejó de visitarme y después me di cuenta que estaba viviendo con un camarada de ahí mismo. No sabes el coraje que me dio (…) estaba embarazada y cuando nació el niño, como yo seguía encerrado, el otro bato le dio el apellido y lo reconoció como su hijo… No sabes que feo se siente tener un hijo y no poder llamarlo. No puedo ni verla a la culera esa, desde que salí, he ido dos, tres veces a rafagear su casa, por culera.

Vicente, 28 años, Hermosillo

La segregación espacial de las colonias populares, en conjunto con las mayores dificultades de acceso a trabajos formales y a movilidad social ascendente, ha conllevado a una mayor dificultad para acceder a mercados matrimoniales por fuera de la colonia, en especial si se es usuario de drogas. En estas condiciones, la posibilidad de tener una pareja no-usuaria para las mujeres que usan drogas es mucho más reducida y entonces se forman uniones con fuertes vínculos de dependencia alimentados por el estigma, la exclusión y la discriminación que padecen, situación que dificulta la posibilidad de las mujeres de acceder a tratamiento si así lo desean, al tiempo que refuerza los patrones intensos de uso de drogas.

> *Yo siempre fui rebelde y empecé a loquear desde muy chica, por eso mis parejas siempre fueron locos de aquí mismo del barrio. Empecé con el Pancho cuando andaba meneando Shiva* [vendiendo heroína] *y al principio me gustó, pero después vinieron sus celos, se ponía bien loco y me pegaba cuando andaba crico* [bajo los efectos del cristal]*. Como me volví tecata* [usuaria de drogas inyectadas]*, me empezó a echar en cara que él me mantenía mi loquera y me amarraba de la cama dizque para que dejara la shiva. Cuando me soltaba me iba donde mi mamá, pero allá no me quieren, por lo mismo de mi loquera, entonces regresaba con el Pancho y al principio todo bien, pero después volvía a empezar con sus cosas. Ahora estamos de luna de miel, se podría decir, porque le está yendo bien con el jale, pero no más se pone recio, la agarra conmigo. No lo dejo porque no tengo con quien más ir y al final digo, mejor malo conocido…*
>
> Karla, 29 años, Hermosillo

En las relaciones de pareja, la privatización del cuidado frente al uso problemático de drogas conlleva a un aumento en la presión de la pareja mujer por “rescatar” a su pareja, lo que conlleva una enorme carga emocional no solo para sobrellevar la situación de uso problemático, sino por el manejo emocional que supone hacerse responsable de la dependencia de su pareja y su recuperación. Cuando es ella quien atraviesa una situación de uso problemático la privatización del cuidado conlleva a un abandono de la mujer-usuaria producto del estigma por violar los mandatos de género. En ambas situaciones, son los mandatos de género los que terminan acrecentando las condiciones de vulnerabilidades de mujeres por su posición social, estaban ya en situación de vulnerabilidad.

Comentarios Finales

Los relatos aquí expuestos muestran que el desamparo estatal al que se enfrentan las personas con uso problemático, evidenciado en la insuficiencia del dispositivo sanitario para la atención en adicciones, ha conllevado a que se desplacen no solo las tensiones y conflictos de diversas áreas de la vida cotidiana (la violencia, el desempleo, la escasez, la frustración), sino también las alternativas de atención y las expectativas de reparación y resolución hacia el terreno de la vida privada de los sujetos, principalmente la familia y la pareja. A este proceso Epele (2010) le llama la *privatización del cuidado*. Bajo estos nuevos dispositivos íntimos de atención al uso problemático de drogas, el sujeto y sus familias son vistos como únicos responsables tanto de los procesos a través de los cuales se convierten en usuarios intensivos de uso de drogas, como de su recuperación y el Estado es invisibilizado en su papel de garante de los derechos fundamentales de los ciudadanos, así como en su obligación de proveer alternativas de tratamiento gratuitas, de calidad y respetuosas de los Derechos Humanos.

Así, las familias de por sí empobrecidas, no solo tienen que enfrentar el dolor emocional que genera que uno de sus miembros esté en una dinámica de uso intenso de drogas, solventar los gastos financieros que implica el tratamiento (ingresar a un centro de rehabilitación, ir al psicólogo o psiquiatra, acudir a la clínica de metadona, comprar medicamentos, etc.) y la atención de otros padecimientos asociados a la dinámica de uso intensivo, sin que exista ninguna garantía de la calidad de la atención (sobre todo cuando se acude a los centros no gubernamentales), sino también sobrellevar el estigma que supone tener un miembro “adicto”.

Cuando las familias no cuentan con los recursos suficientes para afrontar estos costos emocionales y financieros, los usuarios terminan en la calle y entonces el proceso de privatización del cuidado – como bien lo plantea Epele (2010:203) termina clasificando a los sujetos en “rescatables” y “no rescatables”. Estos últimos, terminan en las fosas comunes municipales o mueren de

manera violenta por riñas callejeras, enfrentamientos con la policía o entre bandas del crimen organizado. Son muertes anónimas que no generan asombro ni dolientes conocidos.

Los roles tradicionales de género y particularmente el rol de cuidadora y de jefa del hogar, conlleva a que las mujeres resulten más vulnerabilizadas en los procesos de privatización del cuidado, no solo porque sobre ellas recae la responsabilidad de la recuperación, sino porque cuando son ellas quieren requieren apoyo para su tratamiento, la estigmatización del uso de drogas, erosiona de manera más aguda sus redes sociales y familiares, dejándolas sin el apoyo que requiere transitar a patrones no problemáticos de uso de drogas. Convendría tejer puentes entre los campos de estudio los trabajos de cuidado y la salud mental en mujeres, pues son ámbitos íntimamente relacionados que deben pensarse transversalmente en términos de la formulación de políticas públicas para la protección física, social, financiera y emocional de las mujeres y los hogares.

Por otro lado, en estos tiempos de achicamiento del estado urge un cambio radical en la política de drogas, que pase de estar centrada en la sustancia, a estar centrada en el sujeto y sus dinámicas. El régimen global de prohibición ha fallado en sus promesas de disminuir tanto la oferta como la demanda de drogas. Cada día aparecen nuevas drogas en los mercados ilegales, las edades de inicio de uso de drogas son cada vez más tempranas y cada nueva encuesta de uso de drogas muestra cómo se incrementa la proporción de usuarios y de personas que buscan y/o requieren tratamiento. Lo que sí ha generado el régimen global de prohibición y de cero tolerancia hacia las drogas, es una crisis humanitaria en torno al tema de tratamiento para el uso problemático por la falta de alternativas seguras de atención. Esta crisis humanitaria ha afectado de manera especial a los hogares empobrecidos y a las mujeres.

En el ambiente de pacificación que se respira en el México de hoy, una nueva política de drogas debe generar las condiciones para el

aumento de la oferta de tratamiento público para el uso problemático de drogas. Se requieren, en específico, alternativas de tratamiento que contemplen las condiciones particulares que enfrentan las mujeres usuarias de drogas como la mayor violencia de género y violencia sexual, el mayor estigma y discriminación asociado al uso de drogas, sus necesidades de salud sexual y reproductiva, junto con los roles de cuidado y crianza que ejercen. Así mismo, se requiere mayor esfuerzo para tener datos precisos sobre la situación de uso de drogas y las condiciones de salud de la población usuaria, esto para tener un mejor registro de las personas que ingresan a tratamiento y una mejor supervisión de los centros que ofrecen estos servicios.

Finalmente, es urgente combatir el estigma y la discriminación que la sociedad en general maneja frente a las personas que usan drogas. El estigma legitima las violencias estructurales que estas poblaciones enfrentan y agudizan la condición de uso problemático y su marginación social. Aunque un mundo sin drogas es una quimera, un mundo donde las personas que usan drogas y sus familias tengan acceso al goce de sus derechos fundamentales, es una realidad posible a través de la formulación de una nueva política de drogas en México.

---

1 Este trabajo fue elaborado con el apoyo de UNAM. Programa de becas posdoctorales en la UNAM. Becaria del Instituto de Investigaciones Sociales, asesorada por la doctora Marina Ariza

2 Doctora en Estudios de Población. Profesora-investigadora del Programa de Política de Drogas del Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) Región centro.

3 Ubicadas en Ciudad Juárez y Tijuana

4 El concepto de estructura de oportunidades “designa la escala y distribución de condiciones que proveen varias probabilidades para que individuos y grupos actuantes alcancen resultados especificables” (Merton, 1995: 25)

5 Hospital de Higiene Mental Carlos Nava, es un hospital público que ofrece un programa de desintoxicación para uso problemático de drogas, con hospitalización voluntaria por 30 días.

6 "P" era un joven dependiente a la heroína que murió por sobredosis a los 26 años.

7 Conviene aclarar que no he explorado las parejas conformadas por personas del mismo sexo que usan drogas, lo que constituye todo un campo de estudio.

8 En los más jóvenes el estigma asociado al uso de drogas, junto con el proceso de segregación especial de las colonias populares y dentro de ellas, de los jóvenes que usan drogas, ha dificultado el intercambio de éstos con población no-usuaria, lo que ha afectado los mercados matrimoniales, de modo que tienen menos oportunidades de establecer relaciones de pareja con mujeres no- usuarias.

Bibliografía

Astorga, L. (2016). *El siglo de las drogas. Del porfiriato al nuevo milenio*. Ciudad de México: Debolsillo

Burgos, J.L., Cepeda, J.A., Kahn, J.A., Mittal, M.L., Meza, E., Palacios Lazos, R.R., Calderón Vargas, P., Vickerman, P., Strathdee, S.A., y Martin, N.K. (2018). Cost of provision of opioid substitution therapy provision in Tijuana, Mexico, *Harm Reduction Journal,* 15 (28), 1-8

Clandini, D.J. y Connelly, F.M. (2000). *Narrative inquiry: experience and story in qualitative research.* San Francisco, California: Jossey-Bass.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris, 2018). Bases de datos de licencias sanitarias de insumos para la salud. Diciembre, 2018, de Cofepris sitio web: https://www.gob.mx/cofepris/documentos/bases-de-datos-de-licencias-sanitarias-de-insumos-para-la-salud

Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic, 2018). Directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la comisión nacional contra las adicciones. Diciembre 2018, de Conadic Sitio web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/Directorio_reconocidos_24_04_2017.pdf

Cortés, F. y De Oliveira, O. (2010). Introducción general. En: *Desigualdad social. Los grandes problemas de México.* Coordinado por Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira. Ciudad de México: El Colegio de México.

Chase, S. (2005). Narrative Inquiry. Multiple lenses, approaches, voices. En: *The sage handbook of qualitative research* editado por Norman Denzin e Yvonna Licoln, pp. 651-673. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Epelé, M. (2008). Privatizando el cuidado: Desigualdad, intimidad y uso de drogas en el gran buenos aires, argentina. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología,* 6: 293-312.

Epelé, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud.* Buenos Aires: Paidos.

Garbi, S. L., Touris, M. C., y Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciencia & Saude Colectiva,* 17 (7): 1865- 1874.

Golinelli, D., Longshore, D., & Wenzel, S. L. (2008). Substance use and intimate partner violence: clarifying the relevance of women's use and partners' use. *The journal of behavioral health services & research,* 36(2), 199-211.

Merton, R. (1995). Opportunity Structure: The emergence, Diffusion and differentiation of a sociological concept, 1930s-1950s En: *The Legacy of Anomie Theory.* Editado por Freda Adler y William Laufer, pp 3-77. New Brunswick, Estados Unidos: Transaction Publishers.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2015). Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, (Enadid). Enero, 2019 Sitio web https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf

Ospina-Escobar, A. (2016). Itinerarios de adversidad. Biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores de Tijuana, Cd. Juárez y Hermosillo, México. Tesis presentada para optar por el título de doctora en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México. Ciudad de México.

Ospina-Escobar, A. (en prensa). Cambios en las dinámicas de compra-venta-uso de drogas. Un análisis generacional para Hermosillo-Sonora. *Revista Frontera Norte.*

Secretaría de Salud. Subsecretaria de Prevención y Promoción de

la Salud. (2017). Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2016. México DF: Secretaría de salud.

Simonelli, A., Pasquali, C. E., & De Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug- addicted women: from explicative models to gender-oriented treatments. *European journal of psychotraumatology,* 5:24496. doi:10.3402/ejpt.v5.24496

Syvertsen, J., Pollini, R. A., Lozada, R., Vera, A., Rangel, G., y Strathdee, S. A. (2010). Managing la malilla: Exploring drug treatment experiences among injection drug users in Tijuana, Mexico, and their implications for drug law reform. *International Journal on Drug Policy,* 21(6), 459-65

Villatoro-Velázquez, J.A.; Resendiz-Escobar, E.; Mujica-Salazar, A.; Bretón-Cirett, M.; Cañas-Martínez, V.; Soto-Hernández, I.; Fregoso-Ito, D.; Fleiz-Bautista, C.; Medina-Mora, ME; Gutiérrez-Reyes, J.; Franco-Núñez, A.; Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.