



**IDENTIDAD FEMENINA Y CONSUMO DE
DROGAS EN SINALOA: UN DIAGNÓSTICO
CUALITATIVO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO**

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo Uno	5
1.1 Justificación	5
1.2 Objetivos	7
1.3. Marco teórico	7
La construcción sociocultural del género	7
Capítulo 2	8
Metodología	8
2.1 Universo muestral	9
2.2. Principios éticos	9
2.3 Sistematización de la información	9
2.4 Perfil sociodemográfico de las entrevistadas	10
Capítulo 3. El consumo problemático de sustancias psicoactivas desde las experiencias de las mujeres.	12
3.1 Las fases en las adicciones y sus implicaciones en la vida de las mujeres.	12
3.1.1 Fase de predisposición	13
Factores personales	16
3.1.2 Fase de inicio de consumo	20
La adolescencia como etapa de inicio del consumo de sustancias psicoactivas... ..	20
Primera sustancia de consumo	21
Contexto del primer consumo	24
3.1.4 Fase consumo problemático de sustancias psicoactivas	27
Policonsumo	27
La maternidad en contexto de adicciones	29
Las violencias y los delitos	31
Discriminación	32
Prostitución	33
Las violencias sexuales	35
La doble adicción. Cuando la adicción a las drogas de mezcla con la adicción al juego.	36
Narcomenudeo	37
Robo	38
Trata de personas	38

3.1.5 Experiencias en el acceso a tratamiento y rehabilitación contra adicciones	40
Ocultamiento de la adicción	40
Redes familiares y acceso al tratamiento	41
El internamiento en las clínicas desde la óptica de las usuarias	42
Abandono familiar	42
Bibliografía	47
Anexos	50
Glosario	54

“Lo peor de la vida es meterte al mundo de las drogas y creer que salir es fácil, es el infierno, es morir en vida”.
Diana

Introducción

Las adicciones en el estado de Sinaloa son un problema social y de salud pública, pues la tendencia en el consumo de mujeres se ha incrementado en los últimos años, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017).

El presente diagnóstico fue realizado con un sector de población femenina, usuarias de drogas legales y/o ilegales, internas en centros de rehabilitación con modelos de ayuda mutua o comunidades terapéuticas localizadas en Culiacán y Ahome. Nuestro estudio tiene como objetivo recuperar las experiencias de las mujeres, revelar qué hacen, piensan, sienten, qué quieren con relación a ellas mismas y sus adicciones, para darles la visibilidad que históricamente les fue negada.

La temática se distribuye en cuatro capítulos con el propósito de contextualizar el entorno del problema en cuestión. En el capítulo uno se reflexiona sobre el fenómeno del consumo problemático de sustancias legales e ilegales en mujeres, con una descripción de vivencias actuales en Sinaloa. Aquí se describen las características, así como las interrogantes de la investigación, los objetivos y alcances trazados.

En segundo lugar, se identifican y definen los ejes teóricos que sirven como referente en el proceso de interpretación simbólica. Se presenta también una discusión sobre los principales conceptos relacionados con las categorías de género y adicciones. En ese mismo sentido, se mencionan marcos de referencia teórica y normativa que proponen algunos ejes conflictivos, que atraviesan las prácticas asociadas al uso de drogas en mujeres.

La propuesta metodológica, incluida en el tercer apartado, es cualitativa; tuvo como punto central el enfoque narrativo desde la mirada feminista, considerando a cada relato como una veta de simbolismos culturales donde fluyen imaginarios y prácticas, además de un vínculo casi tangible con la realidad social, pues en ellos convergen

ideologías, sentencias morales, vida cotidiana y formas de ver e interpretar el mundo circundante. La investigación propuso desde esta perspectiva, un soporte metodológico para descifrar el mundo simbólico de los relatos y visualizar las ideologías ahí reflejadas.

Como cuarto capítulo, el análisis de resultados desarrolla los hallazgos de la investigación, estructurados en las diferentes fases de la adicción a las drogas; está centrado en las vivencias de las entrevistadas, colocando sus experiencias como protagonistas de este apartado. Propone además dejar de ver a las mujeres, solo como víctimas, y reflexionar sobre sus capacidades transformadoras y las distintas identidades y performativas que las conforman.

Por último, derivado del análisis generado, se concluye que este colectivo de mujeres casi invisible para la sociedad reclama, desde la marginación y exclusión, diversos marcos de referencia actuales que den cuenta de su complejidad, que posibiliten entender su realidad social, suspender los juicios, eliminar las discriminaciones y que tengan como objetivo encaminar a las mujeres al acceso a una vida libre de violencias.

Capítulo Uno

1.1 Justificación

Las mujeres consumidoras de drogas viven escenarios diferentes a los varones; por esa razón, urge replantearnos la forma en que abordamos la investigación, diagnóstico y abordaje de la intervención con mujeres. En Sinaloa son escasos los estudios realizados sobre el tema, y no han tenido en cuenta a las mujeres, ni las cuestiones que son relevantes para ellas.

Existen algunos intentos desde el ámbito nacional al respecto, como el Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud, que propone avanzar hacia el respeto al derecho a la protección de la salud, considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género.

Una de las acciones de prevención y promoción de la salud en dicho programa es desarrollar estrategias para prevenir riesgos que, por razones de género, suelen asumir los hombres y que repercuten en su estado de salud, como accidentes, adicciones, infecciones de transmisión sexual y VIH y el Sida. Sin embargo, estos intentos no han alcanzado a permear en el contexto estatal.

Desde lo simbólico ¿Qué representa un hombre o una mujer que consume? El consumo de drogas en los hombres se percibe como una conducta “natural”, de experiencia y socialmente aceptada, mientras como proveedor cumpla con sus funciones y se mantenga dentro del modelo hegemónico de la masculinidad. En las mujeres todo cambia, se les condena por ser una afrenta a los valores y esquemas dominantes, donde su *deber ser* es transgredido con la adicción y con etiquetas de malas mujeres al no cumplir con los mandatos de género y los roles familiares esperados de ellas. Podemos observar que las jóvenes ya no inician la ruta de consumo con tabaco o marihuana, sino que ahora se adentran con sustancias más duras.

Comprender las condiciones e implicaciones socioculturales del consumo de drogas de mujeres de manera diferenciada con relación a los varones requiere del enfoque de género. Dicha perspectiva aborda el sistema simbólico que construye las categorías de masculinidad y feminidad incidiendo, a su vez, en la formación de la personalidad de mujeres y hombres, sistema generado por las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que se manifiesta en los distintos ámbitos de la vida.

La perspectiva de género posibilita transitar por la relación entre género y uso de drogas; con ello, poner al centro a las mujeres, concentrarnos en las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres; analiza los cimientos de las estructuras patriarcales causantes de opresión, y nos muestra una visión más clara de nuestras realidades sociales.

En la mayoría de las culturas se han establecido roles diferenciados entre mujeres y hombres, legitimando la idea del determinismo biológico. El enfoque de género contradice esa idea y fundamenta que las características femeninas y masculinas son resultado de procesos socioculturales, de tal manera que es urgente la producción de conocimiento que involucre adicciones y perspectiva de género como respuesta al contexto sociocultural actual.

1.2 Objetivos

- Conocer las diferentes causas y motivaciones que llevan a las mujeres a desarrollar adicciones a las drogas.
- Determinar, desde la visión de las mujeres, cuáles son los prejuicios sociales y familiares que enfrentan, y los obstáculos que sufren para acceder y permanecer en tratamiento, desde una perspectiva de género.
- Contar con insumos para proponer una política pública en temas preventivos, de tratamiento y de inserción social de las mujeres.

1.3. Marco teórico

La construcción sociocultural del género

El género es una categoría de análisis fundacional entre mujeres y hombres. Autoras como Tarrés, parafraseando a Scott, considera que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder (Tarrés, 2012, p.383). Es decir, que la categoría de género nos permite explicar las desigualdades socioculturales entre mujeres y hombres sobre la base de la diferencia sexual. Derivado de esa diferenciación, los roles y estereotipos de género son un conjunto de creencias sobre el deber ser de las mujeres y hombres en nuestra sociedad. Para autoras como Zamora “es necesario conocer los roles y estereotipos de género que marcan una ruta de estigmatización y rechazo social y generan aislamiento y ocultamiento del consumo”. (Zamora, 2019, p33).

A partir de esos roles y estereotipos de género, las sociedades organizan la distribución del trabajo entre las mujeres y los hombres. Bajo esa perspectiva, nuestro entorno asigna a las mujeres el trabajo relacionado al espacio privado (y de la reproducción); en contraparte, a los varones le asigna el trabajo relacionado al espacio público (de la producción). A ello se le conoce como división sexual del trabajo y, en esta asignación, el valor de las mujeres está centrado en su rol de cuidadoras, mismo que se

rompe cuando aparece una adicción. En consecuencia, carecen aún más de valoración familiar y social.

Incorporar la perspectiva de género al estudio de las adicciones nos otorga un marco interpretativo de esa realidad y una visión clara sobre los diferentes patrones, efectos y consecuencias a nivel de salud, social y personal de las mujeres, que permaneció invisible por muchos años. Al eliminar la ceguera de género respecto al problema de las adicciones nos acercamos a la disminución de desigualdades entre mujeres y hombres, pues las investigaciones sobre salud, el diseño de los tratamientos e incluso la prevención de adicciones estuvieron, por muchos años, centradas en una visión androcéntrica de la problemática que borraba las necesidades de la mitad de la población mundial.

Capítulo 2

Metodología

Las ciencias sociales como el conjunto de disciplinas que estudian a hombres y mujeres en sociedad enfrentan retos impuestos por nuevos parámetros de reflexión en un mundo donde la constante es el cambio. La ruptura con el modelo científico tradicional nos conduce a la búsqueda de procedimientos diversos, complejos, múltiples y a la exigencia de la interrelación entre las diferentes disciplinas.

Replantearnos las formas de generar conocimiento desde un enfoque distinto al reconocido paradigma cuantitativo, implica una visión flexible y abierta de acercamiento a la realidad social. Ante los límites del paradigma cuantitativo, surge el paradigma cualitativo y, Rodríguez, Gil y García, lo definen como:

“La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas”. (Rodríguez, Gil, & García, 1996, p.32).

Por todo lo anterior, el desarrollo de la investigación fue cualitativa, pues hubo la oportunidad de tener un acercamiento a la subjetividad de un grupo de mujeres consumidoras de drogas, internas en centros de rehabilitación, y nos permitió una postura de persona cercana que posibilitó un análisis sobre la construcción sociocultural de la forma de inicio, permanencia y estrategias de salida del consumo de sustancias psicoactivas.

La metodología utilizada para esta investigación tuvo una visión feminista debido a que busca interpretar el mundo social a través de sus dimensiones de las vivencias, y colocar las significaciones culturales y políticas que remiten a un contexto de jerarquización de la femineidad y masculinidad. La metodología feminista “sirve como un deconstructivo peine que se usa para modificar el androcentrismo aún reinante y crear un mejor conocimiento, con menos falsificaciones” (Bartra, 2002, p.161).

2.1 Universo muestral

El grupo de entrevistadas está integrado por quince mujeres internas en tres centros de rehabilitación: dos de ellos ubicados en Culiacán y uno más en Ahome. Se aplicaron quince entrevistas semiestructuradas (anexo 1), y para la selección de esa muestra utilizamos el muestreo por criterios.

2.2. Principios éticos

Los criterios éticos en la presente investigación fueron: el consentimiento informado (anexo 2) de las participantes, conservar su anonimato implicó modificar los nombres originales, lugares o cualquier dato personal que las pudiese poner en riesgo a ellas o a su privacidad, las entrevistas fueron grabadas y transcritas personalmente, exclusivamente para efectos de esta investigación y en todo momento procuré tener cuidado de no adoptar posturas que pudieran revictimizarles.

2.3 Sistematización de la información

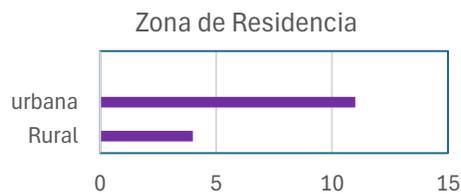
El análisis de los datos cualitativos es un proceso lento, en el cual utilizamos la codificación, entendida esta como un tipo de microanálisis minucioso encaminado a

encontrarle el significado y las conexiones a los datos. Para esta investigación requerimos de la categorización en dos modalidades: axial y abierta.

Fue necesario segmentar la información y etiquetarla para su análisis, elaborar categorías y dividir las en códigos. “Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación” (Fernández, 2006, p.4). Ese ejercicio se conoce como codificación abierta (Ver ejemplo de códigos en anexo 4). En la codificación axial, configuramos y relacionamos las categorías obtenidas en el paso anterior, sistematizando los resultados con la teoría.

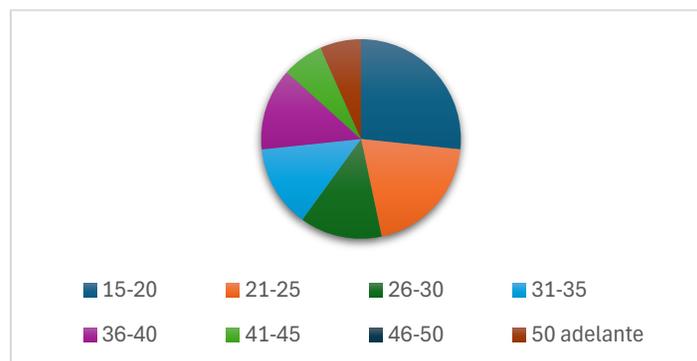
2.4 Perfil sociodemográfico de las entrevistadas

En el resultado del perfil sociodemográfico de las mujeres entrevistadas, el 73.3% de las entrevistadas reside en zonas urbanas, y el 26.7% en zona rural.



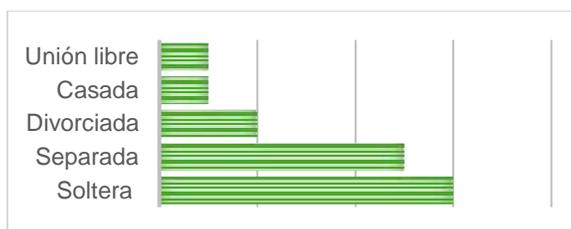
Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistadas.

Respecto a las edades de las mujeres entrevistadas, el 26.67% tiene entre 15-20 años, el 20% tiene entre 21-25, el 13.33% tiene entre 26-30 años, el 13.33% tiene 31-35 años, otro 13.33% tiene entre 36-40 años, el 6.67% tiene entre 41-45 años, no tenemos ninguna entrevistada en el rango de 46-50 años y, finalmente el 6.67% tiene entre 51-55 años. A continuación, se muestra gráficamente.



Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistadas.

En cuanto al estado civil de las colaboradoras del nuestro diagnóstico, encontramos que el 40% de ellas son solteras, el 33.33% son separadas, el 13.33% son divorciadas, el 6.67% son casadas y el otro 6.67% vive en unión libre con su pareja. La gráfica a continuación lo representa.



Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistadas.

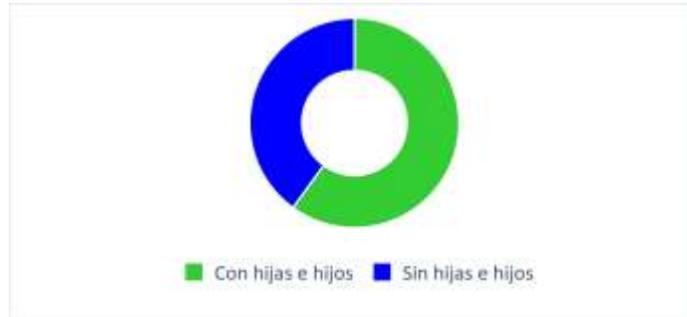
La ocupación/situación laboral previa al internamiento, las entrevistadas refirieron lo siguiente: el 40% dijo ser empleada, el 20% se dedica al hogar, el 20% desempleada, el 13.33% estudiante y el 6.67% no respondió a que se dedica.



Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistadas.

Con relación a su nivel educativo, el diagnóstico destaca que el 20% de las entrevistadas cursó la educación primaria, el 40% tiene nivel secundario (iniciado y/o concluido), el 26.67% de ellas alcanzó el nivel medio superior (iniciado y/o concluido), sólo el 6.67% inició educación superior y el otro 6.67% no respondió a esta pregunta.

Finalmente, el análisis sociodemográfico arroja que el 60% de las entrevistadas tiene hijas e hijos y el 40% afirma no tenerlos aún.



Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistadas.

Capítulo 3. El consumo problemático de sustancias psicoactivas desde las experiencias de las mujeres.

En este capítulo se pretende poner énfasis en tres momentos específicos, que se narran en sus apartados. En un primer momento, se abordan los factores de riesgo que pueden propiciar el inicio de consumo de drogas. En el segundo apartado se describe la etapa de inicio de consumo, edades, contexto, droga y las motivaciones para llegar al primer consumo.

En un tercer momento, la fase de consolidación o dependencia es el período en que se da un paso del uso al abuso y a la dependencia, aparece otra de las formas de dependencias de las mujeres para mantener el consumo, aquí empieza el policonsumo, entendemos ya esta etapa como una adicción consolidada. El consumo problemático de sustancias psicoactivas se reafirma en una cuarta etapa; en ella las violencias contra las mujeres se recrudecen, su salud se ve disminuida considerablemente, además el consumo de drogas en las mujeres en esta etapa está ya vinculado a los contextos de prostitución.

Por último, analizamos las formas de ocultamiento de la adicción, el acceso de las mujeres a los tratamientos y las recaídas.

3.1 Las fases en las adicciones y sus implicaciones en la vida de las mujeres.

Las adicciones en las mujeres están directamente relacionadas con otra serie de problemas también de carácter público, social y al interior de las familias. Analizarles y dar cuenta de ello, en sus diferentes aristas, es complejo, es importante abordarlo debido a que una parte significativa de la población femenina de entre 12 y 65 años, está inmersa

en el consumo de cualquier droga en un 1.3%, es decir, aproximadamente 549,920 a nivel nacional. (ENCODAT, 2016).

3.1.1 Fase de predisposición

La adicción a las drogas es considerada un problema de salud. Para que aparezca son necesarias una serie de circunstancias y algunos factores que propician su consolidación. De tal manera que en las mujeres entrevistadas encontramos una serie de factores en común en sus historias de vida que a continuación enunciamos.

Factores familiares

Abandono parental

El contexto familiar es el primer espacio donde se desarrollan las infancias. Este sistema aporta las herramientas para el desarrollo social y afectivo de las hijas y los hijos. Según Suárez, es aquí donde se “debe fomentar buena comunicación, afectividad, apoyo y habilidades sociales que favorecen el desarrollo integral de los niños y niñas”. (Suárez, 2018, p.167).

En el caso de las mujeres que viven consumos problemáticos de drogas, en su mayoría refieren haber vivido abandono parental en la infancia, que repercutió en su vida adolescente, en temas “relacionados con el establecimiento y cumplimiento de proyectos vitales, la ausencia de los padres rompe los lineamientos asociados al vínculo, la aceptación y protección” (Insuasty, et al, 2022). Las mujeres entrevistadas, expresan haber vivido abandono por parte de mamá y/o papá.

“mi infancia fue agridulce viví en casa de mi abuela... mi abuelita nada más tenía dos hijos, mi papá y mi tío. Mi papá nos dejó a mí y a otra hermana en casa de los abuelos, mi papá era un alcohólico drogadicto y mi mamá siempre me rechazó”.

“Pues mi papá trabajaba, mi mamá trabajaba, a veces nos dejaban solos a mí y a mi hermano, nos dejaban solos en la casa, nos cuidábamos yo y mi hermano porque ellos tenían que trabajar”.

La irrupción de las mujeres/madres en el trabajo remunerado trajo consigo cambios en las dinámicas familiares, y el envejecimiento poblacional les trajo a las

abuelas la posibilidad y en ocasiones nuevas obligaciones, convertirse en abuelas cuidadoras, así se refleja en las experiencias de las entrevistadas.

“cuando mi abuela estaba conmigo, pues sí, estaba, pues bien, bonita, la verdad, ella siempre estaba conmigo ella jugaba conmigo a la cuerda, ella fue la única que me cuidaba, pero murió pronto”.

“la mayoría de mi vida la pasé con mi abuela, pero haz de cuenta... me fui con mi abuela porque en mi casa había muchos problemas, o sea mi mamá estaba con un señor que le pegaba... mi papá nada más se preocupa por las cosas materiales”.

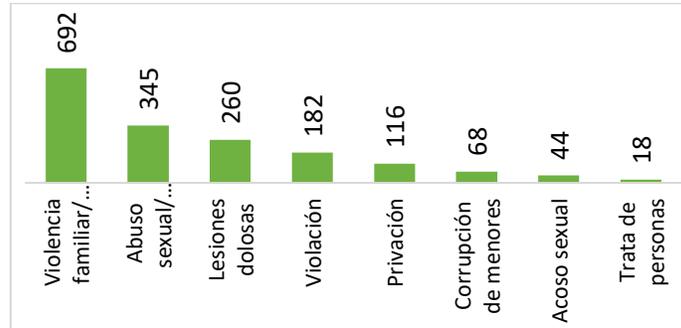
Con ello, no estamos sentenciando que todas las mujeres que viven en condiciones de abandono parental están destinadas a padecer adicción a las drogas, sino sostenemos que aumentan las posibilidades y riesgos de iniciar el consumo.

Infancias violentadas

El fenómeno de la violencia, entendido como un problema de derechos humanos y de salud pública mundial, es grave. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “casi 3 de cada 4 niños de entre 2 y 4 años sufren con regularidad castigos corporales o violencia psicológica de la mano de padres o cuidadores y que una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia” (OMS, 2022).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia contra las niñas, niños y adolescentes como “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”, de conformidad con el artículo 19° de la Convención sobre los Derechos del Niño. En muchas ocasiones, esas violencias traen consigo consecuencias físicas, psicológicas, sexuales permanentes en la vida de las personas, incluso hasta su etapa adulta.

En el caso de Sinaloa, según datos de la Fiscalía General del Estado los principales delitos cometidos contra niñas, niños y adolescentes, en el periodo de enero a septiembre de 2023 son los siguientes:



Nuestras entrevistadas nos narran como vivieron infancias con maltrato emocional, físico y en muchos casos también sexual. En los siguientes extractos nos enfocamos a ejemplificar con sus historias el maltrato físico y nos cuestionamos la relación que guarda el mismo con su adicción a las sustancias psicoactivas.

“Mi mamá me levanta a golpes, mi mamá nunca golpeaba a mis hermanos y ese día se ensañó conmigo, me levantó del cabello, me jaló, me cacheteó, me pegó una pela buena en el baño y me fui a la escuela así toda golpeada”.

“Cuando era niña mi papá me pegaba con mangueras y me abría todo el cuerpo, me lo dejaba lleno de moretes, dejaba ir por meses a la secundaria... yo mejor tomé una decisión después de que mi papá me pegaba mejor ya no iba a la secundaria”.

El contexto familiar era nada favorecedor para el desarrollo emocional de las entrevistadas, combinado la violencia familiar con abandono, violencias infantiles, el escenario no era nada benéfico para una niña.

“mi papá violentaba también mucho mi mamá, mi hermano mayor es un adicto... nunca estuvieron pendiente de mí, sufrir carencias, mis papás siempre estaban trabajando los dos... me golpeaban, me castigaban a veces me hincaban en las piedras y me golpearon con la manguera”.

“había maltrato sexual hacia mi mamá por parte de mi papá, mamá no quería tener relaciones sexuales con él y él llegaba todo alcoholizado. Nosotros (mis hermanos y yo) encerrados en la recámara, pero yo alcanzaba a escuchar todo. Mi papá le tapaba la boca, pero yo escuchaba todo, yo era muy pequeña, tenía 9 años”.

Las violencias contra niñas, niños y adolescentes son una realidad en nuestro entorno, una realidad social transformable que requiere esfuerzos desde todos los sectores de la población, y es vital para blindar a las infancias y tener la posibilidad de ofrecerles entornos seguros y con ello, alejarles de las adicciones.

Familiar consumidor/a

Otro de los elementos familiares que se observan como factor de riesgo para el consumo es tener madre y/o padre consumidor de drogas, o bien alguien del núcleo familiar cercano.

“ellos [mamá y papá] consumían desde que yo nací, ellos ya eran drogadictos y pues ellos ya no están, ya fallecieron”.

“Mi papá consume desde que yo tenía siete u ocho años, y ahora, hace como tres años empecé a agarrarle al vicio junto con él... en la casa de mi papá. Él fue el quién me ofreció la droga”.

“el hermano de mi abuela... Cuando yo estaba chiquita yo lo miraba que fumaba marihuana ahí en debajo de un árbol cuando su mamá se iba a la iglesia, él corría atrás y se enrollaba un gallo y fumaba mucho”

“yo me acuerdo de que mi hermano, el más grande tiene 20 años. Él consumía marihuana”

“mis tíos consumían, y ya que cumplí 15 años yo empecé a consumir cristal con ellos”.

De los anteriores testimonios podemos enunciar que el riesgo potencial de consumo de drogas en las mujeres aumenta si algún/a familiar cercano consume drogas.

Factores personales

Abuso sexual en la trayectoria de vida

La violencia sexual contra las mujeres y las niñas es “una problemática grave que está rodeada de silencio, poder, control, dominio y asimetría entre el perpetrador y la víctima” (Escobar, p.71, 2016). Según la Fiscalía General del Estado de Sinaloa, el 79% de las víctimas de abuso sexual son menores. En los que respecta a las mujeres, es un delito que desde el 2017 hasta la fecha ha aumentado su incidencia. Sólo en 2023, hay un total de 322 denuncias por violación contra las mujeres. Cifra que apenas refleja una parte de la realidad, pues muchas mujeres deciden permanecer en silencio por culpa, miedo o estigma social. En este sentido, se estima que en México cada 4 minutos una niña o mujer es violada.

Entre los hallazgos significativos encontrados en las narrativas de las entrevistadas, todas nos relatan haber sido víctimas del delito de abuso sexual y/o

violación en diferentes etapas de su vida. De tal manera que podemos afirmar que existe una estrecha relación poco analizada entre la violencia sexual contra las mujeres y las adicciones. Con ello podemos inferir que existe mayor riesgo de consumo de drogas entre las mujeres que vivieron abuso sexual infantil. A continuación, unos extractos de entrevista que así lo demuestran.

“En mi infancia tuve mucho maltrato, pues también sufrí, no de violaciones, pero me tocaban mi padrastro. Nadie me cuidaba”.

“mi tío tenía un amigo de él que llegó del otro lado se quedó unas vacaciones y abusó de mí... yo pensé que era un sueño, eso fue lo que a mí me confundió como niña... yo tenía mi pantaleta abajo y yo sentía mojado todo, así como si me hubiera orinado, el mismo miedo que generaba aún lo siento” (tenía 8 años cuando ocurrió el abuso).

“nunca pude decir la verdad porque no me iban a creer, yo era una niña de 6 años y mi abuelo me tocaba mis partes... pero pues era su padre de mi mamá jugador, era un borracho”.

“una violación de un primo mío y yo era una niña, o sea era muy inocente todavía jugaba muñecas y mi prima pues no me creyó yo le conté a ella y ella no me creyó entonces, a base todo eso, yo agarré mucho resentimiento” (7 años cuando ocurrió el abuso).

Pareja consumidora y el ideal de amor romántico

La necesidad de sentirse amada por la pareja, así como la dependencia emocional, lleva a algunas mujeres a consumir drogas, presionadas y/o acompañando a su pareja, en lo que con frecuencia constituye el primer paso para la adicción. A las mujeres se nos ha socializado para la reproducción y para permanecer al ámbito privado, a pesar de los muchos cambios que hemos experimentado en cuanto al acceso a derechos; “todo lo que tiene que ver con el amor (las creencias, los mitos) sigue formando parte con particular fuerza de la socialización femenina, convirtiéndose en eje vertebrador y en parte prioritaria de su proyecto vital (Ferrer y Bostch, 2013).

De tal manera que el amor se ha convertido para las mujeres en una trampa, pues según (Herrera, 2013) donde se domesticar las ansias de libertad, los miedos, el deseo, donde todo se doma, se somete, se define y se clasifica. En ese proceso de construcción de amor romántico, las mujeres idealizamos el modelo de pareja feliz, aprendemos a ser

validadas en función de tener una pareja y consideramos ser las responsables de que una relación se mantenga y nos proporcione felicidad.

Lo anterior genera dependencia, a diferencia de los varones a quienes se les fomenta la autonomía e independencia. A las mujeres nos crean una figura de príncipes salvadores, a quienes nos muestran como una identidad fuerte, poderosa (e impositiva) y sobre todo protectora de lo propio frente a lo ajeno, es decir, nos educan para depender.

Esas formas patriarcales de entender el amor han llevado a algunas mujeres a iniciar el consumo de drogas de manos de sus parejas, de tal manera que “las mujeres para iniciarse al consumo de drogas ilícitas o para continuar consumiendo es que con mucha frecuencia lo hacen a partir de relaciones con parejas adictas a las drogas” (Sánchez, p.31, 2013). Así, la narrativa de las mujeres concuerda con ello:

“él me empezó a dar el humo, primero por la boca, y luego me dijo que le jalará yo le empecé a jalarle, entonces fue cuando yo empecé a consumir con él”.

“me dijo: vamos abajo del puente, ahí la pruebo, porque me insistió mucho, después me da una crisis de estar llore y llore, la fumé y me daba vueltas todo, empecé a llorar...ya me calmé, llegó mi primer pase de cocaína. Y él también me dio mi primer pase de cocaína. Y de ahí pasé al consumo habitual de marihuana y cocaína”.

“El cristal lo probé con una pareja con la que yo andaba, él me ofreció la primera vez... cuando tienes química con esa persona y se comporta bien machín contigo... y él me daba, yo no sabía que era... pero me daban ganas de tener relaciones sexuales”.

Tener una pareja consumidora, se convierte en un factor de riesgo para que las mujeres inicien y permanezcan en una adicción en busca de su aceptación y con la idea que la pareja es su protectora. Este mito, según (Ferrer, Bosch, 2013), “tiene más que ver con ser el héroe y el conquistador, el que logra alcanzar imposibles, seducir, quebrar las normas y resistencias, el que protege, salva, domina y recibe”. Y dicha idealización lleva a las mujeres a creer que:

“Yo lo hice porque él, me dijo que me iba a poner bien, porque yo confiaba en él... yo pensaba que quería un bien para mí, no creí que era capaz de hacerme ese daño”.

“ya me pidió perdón y me decía que, pues malamente me había dado la droga... que lo perdonara por todo lo que me había hecho, que él nunca me iba a dejar, él me amaba y siempre me cuidaba”.

Caso contrario cuando les preguntamos a ellas si alguna vez fueron las responsables de incitar a consumir a sus parejas u ofrecerles droga por primera vez, todas respondieron que no.

“yo nunca incité a otra chica a que probar algo que consumiera drogas, no nunca, nunca, no me lo perdonaría”.

“pues a mí no me gusta llegar a la gente chiquita, pues me voy a llevar entre las patas a una niña también de mi edad, chiquita no, pero yo como voy a llevar una niña más chiquita... pues me iba a dar tristeza”.

Presión del grupo de iguales

Las adolescentes están en una etapa de muchos cambios biológicos y emocionales y con ello llegan los desafíos, la sensación de invulnerabilidad y una lucha entre el amor a la familia y las ganas de independencia. La construcción del deber ser de las mujeres (roles y estereotipos de género) influye en su inicio y permanencia en el consumo de drogas. Es decir, las adolescentes tienen mayor percepción de riesgos porque así fueron educadas. Aunque observamos que existe también entre ellas la presión del grupo de iguales o la importancia de la permanencia en un grupo.

“no pasa nada ira pruébalas, me dijo y yo tenía dos amigas más en la sociedad de alumnos y me dijeron ellas, si tú la pruebas, nosotras también, para que veas que estamos contigo... las tres las probamos, allá atrás en los salones”.

“estamos en un parque y están dos amigos míos y me dijeron que, si yo nunca había fumado, que no pasaba nada que era algo normal y que si era parte de su bola que tenía que probar”.

“yo quería sentir, quería probar, quería conocer, o sea pues bueno, como yo miraba que fumaban y no pasaba nada... miraba que echaba humo (mis amigos y mis primas) y los miro felices, los miro que anda arriba abajo, no duermen y yo quiero ser como ellos y decidí consumir”.

Accesibilidad y disponibilidad de las drogas

Del mismo modo que pasa con los varones, en el caso de las mujeres la accesibilidad a las drogas en el contexto es muy fácil, todas consideran que es muy sencillo conseguir y/o comprar cualquier tipo de droga. Así, afirman que tienen acceso a cualquier edad desde drogas legales como el tabaco y el alcohol, hasta cualquier droga ilegal.

“se consigue en los tiraderos, en los dispensarios, con nuestras amistades con las que me rodeo me la facilitan todavía más rápido. Entonces sí la consigues fácil, teniendo dinero la consigues donde sea, a una cuadra de mi casa, o sea, me sé todos los puntos donde hay”.

“Sí es fácil conseguirla, siempre hay cerca. Pues me iba a los puntos a los tiraderos conseguía el número de los plebes y me traían, o sea que lo más fácil saber quién la vende”.

“en la colonia, donde vivo también es como muy muy problemática, es una colonia, donde sales a la vuelta está una jugada, a la vuelta otra jugada, la otra esquina está la jugada y es el punto donde venden”.

Un elemento que advierte un componente diferenciado de género es que las mujeres sienten vergüenza de ser ellas quienes compran la droga; por ello, se alejan a colonias vecinas de su domicilio, compran la droga en puntos distantes de sus casas para no ser reconocidas, o bien alguien más hace la compra por ellas.

“...pues para los que tienen el valor de salir de comprarlas, yo porque por vergüenza antes no iba, ahora sí, pero en un lugar donde no me conozca nadie”.

“me la traía el amigo de mi hijo o cuando estaba mi hijo, pues él, aunque no me gusta que él vaya... solo por urgencia fui un día yo al mercadito porque está lejos de mi casa”.

“... muchas veces mandaba a otra gente que me encontrara, un Fokémon de la calle le daba 100 pesos y ya lo mandaba a comprarla, para que no me vieran comprar a mí”.

3.1.2 Fase de inicio de consumo

La adolescencia como etapa de inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

En Sinaloa, la incursión de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas se presenta en edades cada vez más tempranas. Según la ENCODAT 2017, en la

población de mujeres adolescente entre 12 a 17 años aumentó significativamente del 2.6% a nivel nacional, al 6.1% el consumo de cualquier droga. En Sinaloa, podemos observar que las edades de inicio de consumo coinciden con esta tendencia, del total de la población entrevistada para este diagnóstico, el 80% refirió que la edad de inicio de consumo fue entre los 12 y los 15 años de, es decir, la adolescencia.

“en tercero de secundaria, yo tenía 14 años, una prima mía se acercó y me las ofreció, eran pastillas...”

“cristal, antes de eso nada, a los 12 [años] el cristal, y hasta los 15 el tabaco y la cerveza”.

“pues yo empecé a consumir a los 13 años y lo que primero que use fue el alcohol”.

“Tenía 15 años, entonces, lo pruebo y me prendo del cristal”.

El riesgo del inicio de consumo a edades tempranas está presente en la vida de las adolescentes, ello propicia la escalada de uso y abuso de drogas legales e ilegales. En este sentido, no encontramos diferencias con las edades de inicio de consumo con los varones. Si bien, antes se consideraba que ser mujer era un factor de protección frente a las adicciones, esa idea está en declive, pues las adolescentes están empezando su consumo de drogas en una edad promedio de 14 años. Las diferencias significativas las encontramos en las razones/factores en la iniciación de consumo que abordaremos a continuación.

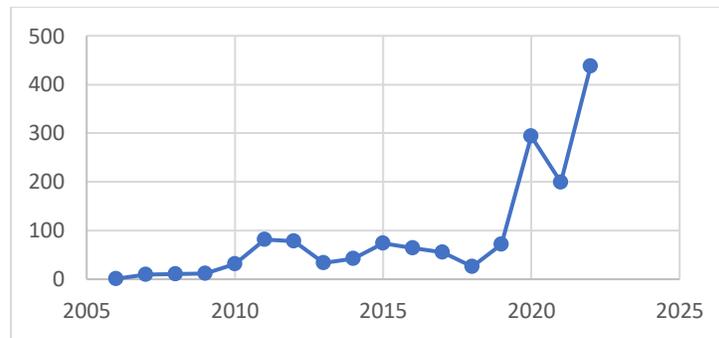
Primera sustancia de consumo

El fenómeno de consumo de drogas es dinámico, y tiene relación directa con el narcotráfico (la producción, comercialización y distribución de drogas ilegales). En la primera mitad del siglo XX, según Astorga (2015), Sinaloa fue el productor más importante de marihuana en el país. Para Correa (2017), el mercado se reconfigura a mediados de los años 80, la cocaína se convierte en la droga más popular, y con su auge empiezan a surgir otras drogas sintéticas. Insight Crime (2019) señala que desde mediados de la década de los ochenta los laboratorios mexicanos eran responsables de distribuir cerca de 30 mil kilogramos de metanfetamina a diversos centros urbanos de los Estados Unidos.

En este panorama, Sinaloa se convierte en el principal productor de metanfetaminas en el país. Así lo afirma Inside Crime(2023):

“Si nos atenemos a las incautaciones del gobierno mexicano, la producción de metanfetamina parece concentrarse en dos lugares: Sinaloa y Michoacán. Según los datos de SEDENA, SEMAR y FGR, en los últimos 12 años, la mayoría de los laboratorios se han encontrado en estas zonas. Un análisis más detallado muestra que se concentran en unos cuantos municipios de esos estados: Culiacán, capital de Sinaloa, donde se realizaron 565 decomisos de 2010 a 2022; seguido de Cosalá, Sinaloa, con 259 decomisos; y luego Tamazula, Durango, con 79 decomisos”.

La siguiente gráfica muestra el repunte de laboratorios clandestinos para la elaboración de metanfetaminas asegurados por el Ejército Nacional y la Fuerza Aérea Mexicana en un periodo de 2006 a 2022, que nos muestra un considerable incremento de incautación y, por ende, producción de metanfetaminas en el estado.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos facilitados por el periodista Marcos Vizcarra.

Con este escenario, no es casual que el comportamiento del consumo problemático de drogas en el estado, también se modifique. Con relación a la droga de inicio en el consumo, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) 2021, en Sinaloa la droga de mayor incidencia como de inicio de consumo es el tabaco. Por otro lado, el Diagnóstico de adicción a las drogas en Sinaloa, publicado en

el año 2022 por la Asociación Civil Sociedad Educadora, nos permitió visibilizar que la droga con mayor incidencia era la marihuana.

En contraste, nuestro hallazgo arroja que la metanfetamina (cristal), es la droga que prevalece como droga de inicio en el grupo de mujeres entrevistadas. Esto puede obedecer a varias razones: es una droga muy atractiva porque es potente, produce un fuerte efecto, es extremadamente barata y, como lo describimos anteriormente, Sinaloa se convirtió en su principal productor, al menos así lo reflejan los más de 5400 laboratorios clandestinos asegurados por el Ejército y la Fuerza Aérea Mexicana (FAM) en el periodo comprendido de 2006 al 2022.

Por lo anterior, el cristal se convirtió en la droga de inicio del mayor número de mujeres entrevistadas para este diagnóstico, que, si bien es cualitativo, da cuenta de la movilidad del consumo de drogas de inicio en ellas.

“es que yo empecé con el cristal, antes de eso no hubo nada, no probé alcohol, tabaco, a los 12 el cristal, y a los 15 el tabaco”.

“me empezó a dar el humo primero por la boca y luego me dijo que le jalará por ahí y yo le empecé a jalarle, entonces fue cuando yo empecé a consumir, ni sabía que eso era lo que le decían cristal”.

“a mí me forzaron a probar el cristal... me golpearon, me drogaron y nunca había consumido droga”.

El cristal es una droga produce efectos de euforia. Cuando una persona deja de consumirla, los síntomas de abstinencia pueden incluir ansiedad, fatiga, depresión profunda, psicosis y fuertes deseos de consumir la droga, de ahí que sea tan adictiva para las mujeres. Así narra una de las entrevistadas como sentía después de consumir la abstinencia desde la primera dosis:

“me daban unos fuertes dolores de cabeza me retorció ya bien feo... me daban tanto en el cuerpo, pero más en la cabeza”.

Contexto del primer consumo

En el grupo de mujeres entrevistadas, señala que su primer consumo fue acompañado por un/a integrante de su familia. De tal manera que el 40% de las participantes en este diagnóstico nos relató haber iniciado su consumo acompañadas de su papá, o un tío, o un primo, la hermana, o bien la prima. Otras más fueron las amistades quienes hicieron el acompañamiento el 30%, pareja el 20% y un caso forzado por desconocidos.

“a los 15, esa fue la primera vez sí que probé cristal en la casa de mi papá, fue el quién me ofreció la droga... mi mamá no estaba, estaba en los Cabos, mi mamá se iba, no le digo que nos dejaba solos, le daba igual”.

“yo le dije (al primo) que me dieran y él me dijo ¿estás segura? Sí, le dije, dame para probarla nomas poquito y vomité y no quería y no recuerdo muy bien, fue en la casa de mi mamá, ella estaba trabajando”

“pues estamos en un parque y están dos amigos míos y me dijeron que si yo nunca había fumado que no pasaba nada que era algo normal y pues yo les dije que yo nunca había fumado marihuana... me ofrecieron un gallo de marihuana y era dragon fruit, pues me puso bien, mal, me puse como 10 baices y era mi primera vez fumando me puse mal, yo me estaba muriendo”.

“era un como le dicen ñongo y estaba mi hermana con un foco...es la primera de mi familia a la que veo inhalando y me ofrece, en ese tiempo yo era gordita y quería bajar de peso... entonces, mi hermana me dice que me pegue unos baices que con eso voy a adelgazar y me da a probarla la sustancia, Y fue un error muy grande, me enganché”.

3.1.3 Fase de consolidación o dependencia

En esta etapa, las personas pasan de un consumo experimental y/o recreativo, aumenta el consumo y se empiezan a combinar otras drogas; es decir, empieza el policonsumo. Cuando la dependencia se mantiene en el tiempo podemos hablar de una adicción consolidada. En el caso de las mujeres, tiene características diferenciadas entre los géneros. Aquí los presentamos.

Aumento de frecuencia de consumo y su impacto a la salud

El fenómeno de consumo de drogas genera un impacto en la salud de las mujeres. Según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas en Estados Unidos, (NIH)

declara que “las mujeres consumen menores cantidades de ciertas drogas durante menos tiempo antes de volverse adictas”. Una de las participantes del diagnóstico así lo notaba:

“ni sé porque a mí se me nota de volada, a él no, y le pega mucho más duro que yo, pero yo bien rápido tenía cuadros psicóticos”.

Además, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en su informe anual de 2016, sostiene que la dependencia a las sustancias psicoactivas en mujeres tiene factores biológicos diferenciales como la información genética y los ciclos hormonales que hace que las mujeres desarrollen adicción y que la compulsión por consumir sea muy frecuente.

“uy, no, qué esperanza que dejara de fumar marihuana ya no sentía ni los huesos, pues en la mañana me forjaba un gallo y me lo fumaba, me daba un pase, o sea y para bañarme me hacía otro gallo, me bañaba y acomodaban mi cuarto... pues y me fumaba un gallo... y para que a mí me pudiera dar hambre tenía que fumar marihuana y, o sea, para todo tenía que fumar pues, para todo, y ya cuando andaba bien pasada, me daba un pase de coca ya cuando ya no podía de tanta droga, me daba pase y ya se me bajaba”.

En cuanto a la salud, todas las consumidoras de drogas son conscientes de las afectaciones que la droga ha ocasionado en sus cuerpos:

“mis dientes están deteriorando, todas muelas las tengo ahorita quebradas”.

“estuve a punto de quedarme ciega, de un ojo, se da cuenta un ojo más grande que el otro (y lo señala con su mano), un poquito más saltado todavía porque estaba perdiendo mi ojo, mi ojo lo tenía salido de una infección tan grande, pero yo no dejaba de consumir, se me iba saliendo y se me iba saliendo”.

Las conductas de riesgo están asociadas al consumo de drogas se deben, mayormente, al contacto de fluidos corporales o de sangre que puede ocurrir de dos formas: por relaciones sexuales sin protección con una persona infectada o por compartir agujas con las que se inyectan la droga.

“eso me pegaron una enfermedad de transmisión sexual, sífilis... afortunadamente me iba empezando, nunca lo había platicado así, siento que me quita una carga de encima”.

Dependencia financiera para mantener la adicción

Además del rol activo de los varones en la iniciación de las mujeres en las adicciones a las drogas, otra característica marcada es la dependencia económica de ellas para mantener su consumo problemático. Con esa dependencia aumentan las vulnerabilidades para vivir situaciones de violencia, lo que les hace más complicado abandonar a su pareja.

Tradicionalmente, mujeres y varones fuimos educadas/os de forma diferenciada. Desde la infancia en el entorno familiar tenemos aprendizajes claros del deber ser de las niñas y de los niños, que se van reafirmando a lo largo del ciclo de vida a través de la educación formal, y otros agentes socializadores del género como la religión, la comunidad en la que vivimos, los medios de comunicación. Estos mandatos de género se afianzan en la vida adulta y se reflejan en la vida de pareja y guiar las expectativas y comportamientos acerca de los roles que cada cual ha de desempeñar dentro de la misma (Rodríguez-Martín, Mercado y Morales, 2020).

De tal manera que el rol principal para las mujeres es la reproducción y todo el trabajo de crianza y cuidados de hijas e hijos. En contraparte, desde esta división sexual del trabajo, la asignación principal para los hombres está depositada en el rol de proveedor económico en la familia, convirtiéndose en el jefe de familia. Los roles de género establecidos que acabamos de mencionar propician que el varón “como el principal generador de ingresos económicos, sea visualizado como una justificación para la presencia de un modelo de dominación patriarcal el cual, en algunas ocasiones, es acompañado por situaciones de violencia física y psíquica”. (Rivera, 2020, p21)

El rol proveedor se dibuja en escenarios donde las mujeres viven adicciones; son ellos los encargados de financiar la compra de las drogas. Por lo tanto, ellas experimentan una doble dependencia a su pareja, emocional, por un lado y económica por el otro. Este recurrente hecho, coloca a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad cuando hablamos de violencias.

“era mi pareja el que la pagaba (la droga) siempre, el primero sí, desde ahí es cuando ya te prendes y me tocó aguantar muchas cosas por adicta con él... me pegaba muy feo”.

“Cuando conozco la primera pareja adicta que tuve, fue una combinación bien fea, una codependencia al hombre, tenía el sexo diferente al que yo conocí, o sea, fue una cosa bien horrible y él compraba la droga al principio”.

“el dinero me lo daba la pareja con la que estoy ahorita, pero él no consume, él consume puro alcohol, si me regañaba pues me decía que... últimamente ya me estaba dejando de dar dinero porque ya sabía el que estaba consumiendo demasiado”.

Ello les genera dificultades para salir del ciclo de la adicción, incluso resulta determinante para la selección de las siguientes parejas, que resultan también personas adictas a drogas.

“la persona con la que yo vivía, mi pareja, consumíamos juntos. Y todas las parejas de hecho he tenido, han sido consumidores, no he tenido nunca una pareja que no sea consumidora”.

Aunque se pudo confirmar con la mayoría de las entrevistadas la dependencia económica de las mujeres a su pareja para mantener el consumo problemático, hubo algunas que mostraron autosuficiencia; es decir, fueron ellas quienes financiaban la compra de las sustancias que consumían.

“me gasté todos mis ahorros de vida, mi patrimonio, me deshice de todo, me lo he fumado todo, mis bienes los vendí, fue consumo total... he llegado a he llegado a prostituir para generar ingresos para el consumo.”

3.1.4 Fase consumo problemático de sustancias psicoactivas

Policonsumo

El concepto de policonsumo se utiliza cuando la persona adicta utiliza más de un tipo de droga. Entre las entrevistadas es muy común esta forma de consumo. Mayormente las entrevistadas consumen drogas que son estimulantes. Y así lo describen:

“no nada más es puro cristal, pues la nicotina, el alcohol, haz de cuenta que fumaba y quería fumar cristal y quería cerveza termina la cerveza y quería forjar marihuana, terminaba la marihuana, quería un pase de cocaína terminada la cocaína y quería un cigarro de nicotina. Mi cuerpo no se mantenía estable, mi cuerpo tenía que estar consumiendo todas las drogas al momento, no dejaba que aterrizara una droga cuando ya en ese momento me iba, fun, fun funnn sin parar”.

“Yo empecé con el cristal, después el alcohol y después del alcohol... no me acuerdo... el tabaco, todo el tiempo de los 11 años el tabaco... ya me fumaba entre 5 a 6 cigarrillos diarios... yo he consumido todo”.

“Yo no conocía el cristal. Empecé con las pastillas, después marihuana, cocaína, alcohol, y cristal”.

El mercado de las drogas se desplaza, se reconfigura y nuevas drogas aparecen en escena. Tal es el caso del fentanilo, una droga de reciente circulación en Sinaloa. En datos recabados de notas periodísticas, es el año 2019 cuando se “realizó el descubrimiento del primer laboratorio clandestino para fabricar fentanilo en la historia de México, ubicado en Culiacán, capital del estado de Sinaloa”. (Sánchez, 2019, p.1). Desde esa fecha, los decomisos de fentanilo se han incrementado en el estado y en el escenario de tráfico de drogas son cada vez más frecuentes noticias como “En Culiacán, Sinaloa, decomisan más de 600 mil pastillas de fentanilo en botes de proteína” (Animal político, 2023).

Por lo anterior, podemos inferir que es una realidad evidente que el fentanilo ya está en circulación en Sinaloa, y otra forma de comprobarlo es en la narrativa de las entrevistadas ya aparece como parte del consumo:

“el fentanilo también lo consumí y no, no me pasó, no me agradó porque quedaba inconsciente y con alucinaciones bien feas, miraba ovnis y cosas así, llegué a un grado donde me quedé dormida en la calle, comía de contenedores de basura, es muy triste la adicción se sufre, se sufre muchísimo, es muy triste”.

“esta vez sí me fue muy mal, probé la chiva blanca (fentanilo) y me andaba pasando de sobredosis, me tuvieron que llevar a la Cruz Roja, me pusieron unos aparatos en el pecho, aún me duele. Yo tenía la boca blanca, estaba tirada en la calle, no sé cómo me encontró mi prima”.

“a mí no me gustó el viaje, es refeo sientes que te vas a morir. Me dio mucho miedo y ya mejor a esa ni le hago”.

Las sobredosis

Aunque el consumo problemático de drogas en mujeres se ha incrementado, aún constituyen una minoría. Sin embargo, según la Oficina de las Naciones Unidas contra el Delito (UNODC), las mujeres tienden a aumentar su ritmo de consumo y a desarrollar trastornos por uso de drogas con mayor rapidez que los hombres. Las sobredosis por

consumo de drogas entre las entrevistadas son episodios que han formado parte de sus experiencias, en algunos casos comprometiendo la vida misma.

“...andaba bien periquiada y yo nunca había consumido la original, yo de lavada de uva y ya, y me pusieron un pase y me dijeron que era lavada, pues me lo puse como yo me lo ponía y ya le dije a mi amiga, acompáñame al baño, le dije porque siento que me falta el aire, no me siento que no podré, me sentía bien desesperada, para donde agarro... una cosa bien fea, y llegué al baño a vomitar, a vomitar, estuve tres horas vomitando... dice mi amiga que botaba en el piso bien feo y me salía espuma por la boca y yo no me acuerdo de nada”.

“he tenido 3 sobredosis... ya las aprendí a detectar, cuando no empiezo a pasar mi respiración hasta abajo, me empiezan abrochar y que tengo tres días sin dormir y me siento con el cuerpo debilitado, ya sé que yo es una sobredosis que me está dando”.

“pues no sé cómo lo puede llamar sobredosis. Yo estaba fumando en un hotel con él y empecé a sentirme mal, así como ya miraba borroso y desesperada y el corazón me latía bien feo... terminé en el hospital”.

“no he tenido sobredosis, pero bien pasada me he querido quitar la vida”.

La maternidad en contexto de adicciones

La maternidad se convierte para nuestros fines en una categoría de discurso que sirve para desentramar una serie de mandatos sociales contruidos en torno a las mujeres. Históricamente se encasilla a las mujeres en el rol de madre como su proyecto de vida más importante. Ser mujer-madre significa amor, emoción, naturaleza, lo privado, en oposición al rol masculino al cual se otorga la mente, la razón, lo público, el poder.

El uso de sustancias psicoactivas en mujeres es considerado una práctica que viola las prescripciones estereotipadas de cómo se debe comportar una mujer y madre. En el imaginario colectivo está enraizado el estereotipo de madre, esa representación social inmaculada, fuente de amor infinito y cuidados que se rompe cuando aparece el consumo problemático de drogas. Dicho consumo las inhabilita por temporadas para ser las responsables del cuidado de hijas e hijos, y la llena de culpa.

“la adicción primero es por un fondo de sufrimiento y ahora es por los cargos de conciencia empecé a brincar otras sustancias porque quería borrar cassette, el

haber dejado a mis hijos llorando muchas veces por una ventana cuando ellos no se merecían”.

“tengo muchos errores con mi hijo, no estar para bañarlo, cuidarlo”.

Las cuidadoras se convierten en cuidadas, las hijas e hijos se convierten en cuidadores de sus hermanos/as más pequeñas y de sus mamás adictas, incluso aprenden estrategias de cuidado con ellas:

“yo entro en un cuadro de psicosis, entonces mi hija más grande ya lo sabe, los reconoce, sabe que estoy entrando en un cuadro de psicosis y ella ... mi hija la de 14 años ha buscado cómo ayudarme cuando me entra la ansiedad... no le da miedo acercarse a mí ni nada, ella sabe que estoy alucinando, pero ella me escucha, me abraza y me dice aquí estoy”.

“mis hijos no estudian por diversas situaciones, pues por mí pues, por mi adicción, o sea que ellos prefirieron trabajar ahorita, mi hijo tiene 19 el mayor, el otro tiene 17 y ellos trabajan, van del trabajo a la casa y siempre están al pendiente de sus dos hermanitos más chicos y pues aquí me tienen es ellos, son los que me tienen ahora aquí (asumen el costo del internamiento)”.

La idealización de la maternidad imperante en nuestra sociedad es sacrificada, carga consigo estereotipos que le impone a las mujeres ciertas “virtudes” como la paciencia, tolerancia, capacidad de consuelo, capacidad de sanar, de cuidar, de atender, de escuchar, de proteger. Cuando no se cumplen estos ideales, se presenta una ruptura con el mandato patriarcal y aparece una nueva categoría cargada de culpa para las mujeres, las malas madres. Ellas son “esas mujeres que no cumplen con las expectativas ideales de ese papel social y que son estigmatizadas, señaladas” (Verea, 2010, p.17). Así se consideran ellas:

“soy mala madre por mi ausencia, los descuido, los lleno de ausencias más que nada y más a mis dos hijos más pequeños, están en una etapa donde necesitan más de mí, me lo hacen saber y muchas veces, cuando estoy bajo el efecto de una sustancia, no quiero estar cerca porque quiero seguirme drogando”.

El estigma de la mala madre también puede venir desde la familia, como narra una de nuestras entrevistadas cuando habla de su hija:

“siento que me faltó darle amor a mi hija porque siempre ha sido rebelde y yo lo comprendo y estando aquí, me cuesta más trabajo acercarme a ella... ella me

mira a mí como que soy la culpable de todo lo que le pasa, pues es igual, casi no le gusta escucharme... ella se reía también de mí”

La importancia del rol de las mujeres como madres puede ser determinante en el acceso a un tratamiento y/o la permanencia en este. Ese factor diferencial debe ser tomado en cuenta cuando pensamos en el éxito o fracaso del internamiento de las mujeres en los centros de rehabilitación. Las mujeres-madres con dependencias a sustancias psicoactivas experimentan estrés, sienten culpa por no estar al cuidado de hijas e hijos y ese factor debe ser visibilizado. Desde la visión de las mujeres, el internamiento es un obstáculo para desempeñar sus labores de crianza y cuidados.

“sí me desespera mucho este lugar (el centro de rehabilitación), yo quisiera estar con mi hijo... como madre que me he dado cuenta que yo los errores que he cometido... ya quiero salir corriendo de aquí ya quiero ver a mi hijo”.

“a veces me quisiera ir de aquí (centro de rehabilitación) porque digo, la niña está creciendo y yo ni sin saber, porque la primera vista que tuve aquí la niña ya estaba gateando y ya aplaudía y dije, no mames, todas las cosas que me estoy perdiendo nomás por mis tonteras y quiero huir”.

Las violencias y los delitos

Las violencias contra las mujeres se recrudecen cuando estás asociadas a un contexto que involucra drogas. En violencia familiar, según la ENDIREH 2016, el 21% de las mujeres casadas o unidas o alguna vez unidas consideran que el maltrato que recibe de su esposo o pareja inició o empeoró, debido al consumo de alcohol u otra droga por parte de su pareja. El siguiente relato es un episodio crudo que enfrentó una entrevistada. A través de él podemos apreciar un momento de muchas violencias juntas que experimentó en la propia piel, de manos de su pareja:

“me esposó y me dejó en el baño tirada tres días, y en esos tres días me daba perico (cocaína) y me mordía, yo estaba toda mordida del cuerpo, algo bien feo, pues me miraba y tenía el cuerpo hinchado de tantas mordidas y además, él me dio la droga. Me lo advirtió, o sea, me advirtió para que no sintiera yo los fregazos que me pegaba, pues que para eso me daba el perico. Después de esos tres días, me sacó al sol, me acuerdo que me sacó con unas esposas, amarrada todavía, y me dejó en una silla de las que giran, y ahí me dejó esposada... Cuando me sacó al exterior ya no me daba droga”.

Otro de los relatos involucra violencia policial contra las mujeres, ejercida por policías contra una adolescente de 16 años. En este caso, el uso ilegítimo de la fuerza por la policía, innecesario o excesivo, puede además constituir tortura u otros malos tratos. La adolescente narra que se encontraba fumando marihuana en una casa abandonada, acompañada de su novio y unos amigos cuando ocurrió el hecho. Así lo describe:

“me pegaron... no lloraba de lo enojada.... pos ya valiste verga- me dijo el policía- y me pego un patadón en la costilla, nombre fue lo peor que me pudo hacer y me enojé y me agarre con él, y me dijo no te vas a callar hija de tu puta madre...y me pego un cachetadón, me dejó rojo, pero machín rojo”.

“tengo cortadas, también... me violaron, me levantaron y me llevaron una bodega donde me amarraron y me cortaron mis partes”.

De acuerdo con la información recaba en las entrevistas, la adicción a las drogas coloca a las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, incluso frente a la delincuencia organizada. En este caso, con el intento de obligar a una mujer a transportar la droga en su cuerpo.

“...me jalaron con fuerza y me subieron a la camioneta, me tuvieron ahí secuestrada... me golpearon, me drogaron, yo nunca había consumido droga ... me metieron bolsitas pequeñas por mis partes(vagina)... como yo no quería hacerlo ellos querían, me golpeaban... me tenían una pistola en la cabeza para que abriera las piernas... también me inyectaron y no supe ni que me inyectaron, solo me quedé sin poderme moverme”.

Discriminación

Las personas adictas a las drogas enfrentan discriminación, entendida esta como una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido. En el caso de las mujeres adictas, padecen una doble discriminación por ser el tipo de mujer transgresora que rompe con el deber ser de las buenas mujeres.

Las discriminaciones que padecen son como ondas expansivas que atraviesan entera la vida de las mujeres, van desde lo familiar, laboral y comunitario.

En el ámbito familiar:

“simplemente la familia es la primera que me excluye ya de todo tipo de eventos y es lo más doloroso. Es lo que se gana una también, mis hermanos han hecho sus fiestas sus eventos familiares reuniones y no me incluyen, al contrario, parece que lo esconden, como para que no me entere yo. Por ser adicta, porque ellos no lo son”.

En ámbito laboral:

“hay empresas, donde si saben que si eres adicto jamás te vuelven a dar un empleo, muchas empresas con esa política, también los trabajos, la gran mayoría de los trabajos, no te dan trabajo por ser adicta”.

En ámbito comunitario:

“cuando ando en la calle, descalza porque ando alucinando he pedido un vaso de agua y me van lo han negado, solo un vaso de agua pedido cuando traigo mucha sed y he estado he llegado a tomar agua en los establos de las vacas”.

Prostitución

La prostitución no es un oficio, está asociada a esclavitud, explotación sexual y es una de las violencias patriarcales más antiguas contra las mujeres. Autoras como Millet consideran que en este contexto “el coito no ocurre en el vacío, es una relación de poder” y que en el contrato de compraventa del cuerpo de las mujeres por un espacio de tiempo, no están incluidos mínimos derechos laborales. Incluso como enuncia Lagarde, el cuerpo de las prostitutas es “un espacio de sacrilegio, de la transgresión” (Lagarde, p.567, 2011). De tal manera que se vuelven objetos sexuales reproductores de violencias machistas, dador de placer y comercializable.

El consumo de drogas en las mujeres está vinculado a los contextos de prostitución, ya sea como forma de conseguir recursos económicos para sostener el gasto que genera el consumo, estrategia de intercambio de sexo por drogas, o como una forma de afrontamiento de los sentimientos que la prostitución les provoca. Del total de mujeres entrevistadas, dos de ellas ya se dedicaban a la prostitución antes de padecer el

consumo problemático de sustancias, y argumentan que las razones de iniciarse como consumidoras fue para mantenerse activas en sus horarios de trabajo que son mayormente nocturnos, y/o la evasión de su realidad, siendo la prostitución su contexto de inicio y adquisición de la dependencia a drogas:

“para seguir despierta me metía cristal... así me daba una sensación de tener ganas de tener relaciones sexuales sin pensar mucho”.

“yo era bailarina, las pastillas las utilizaba, como yo no me quería meter con los hombres, yo me tomaba tres cuatro pastillas para animarme, que me diera valor a estar con un hombre... eso me hacía que no pensara lo que estaba haciendo eso”.

La mayoría de las entrevistadas (13) comparte que el consumo problemático de sustancias psicoactivas se produjo antes que la prostitución. Es decir, después del inicio de su adicción y como forma de financiar las drogas para el consumo, incursionaron en el intercambio de sexo por drogas o sexo por dinero para comprar las drogas.

“entonces me vendía y esas cosas, pues entonces como que llevo una parte de mí que me sentía, me sentía como que muerta ya no podía soportar, que me respirara alguien encima, de tener a alguien encima de tu cuerpo y que te esté respirando que huele feo”

“para una mujer es lo peor prostituirse, así sea para consumir, o sea, yo me vine harta de lo que los hombres me hacían, porque en ese momento tuve relaciones en contra de mi voluntad, según yo iba a algo y me pasó otra cosa, todo por drogarme”.

“me he vendido y fue para conseguir, o sea, para salirme de mi casa, pues yo para conseguir droga...me iba y tenía sexo con hombres... no me había gustado, no era de mi agrado, pues me daba asco, pero pues uno cuando anda drogado, no se da cuenta el límite de las cosas hasta cuando ya uno está en ¡bestia!, todo lo que he pasado”.

“Me he llegado a prostituir por una dosis, pues por generar ingresos, claro. Sí, sí de una manera rápida... ¿Quieres una chica? vas a un casino clandestino o ñongo, con una mínima cantidad económica consigues placer, porque puede es muy barato, así es. ¡Y encuentras niñas desde los 10 u 11 años ahí!”.

Las prácticas anteriormente descritas, reflejan como las drogas pueden ser la puerta de entrada y/o permanencia en la prostitución. Puede aparecer el consumo problemático primero y después la incursión a la prostitución para obtener recursos económicos para seguir consumiendo. O, en otro sentido, incursionar en las

adicciones como forma estrategia para intentar moderar las consecuencias emocionales que les produce dedicarse a la prostitución.

Las violencias sexuales

La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007), en el artículo 6°, fracción V, define a la violencia sexual como: “cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o sexualidad de la víctima y que por tanto atente contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto”.

En este sentido, el abuso de drogas es un factor de vulnerabilidad para las mujeres frente a la violación sexual, y para los hombres es un factor de riesgo para que cometan el delito de violación. Ya habíamos abordado el tema del abuso y la violación sexual como factor de riesgo para el inicio de consumo, en ese apartado mencionábamos los episodios de violencia sexual que habían sufrido las entrevistadas en la infancia y la relación que guardan con uso de drogas como mecanismo de afrontamiento.

En este apartado nos referimos a la etapa de consumo problemático y el cúmulo de agresiones sexuales a las que están expuestas las mujeres que viven con adicciones. Así lo confirma el testimonio de la mayoría de las entrevistadas.

“hace poquito también, por dormirme en una jugada me violaron... cuando me desperté el muchacho estaba a un lado de mí sin playera y sin pantalón, estaba en boxer y pues yo estaba con la ropa abajo”.

“estaba drogada... Yo no me quería meter con él, era malandro y me encerraron en un cuarto, me encerraron un cuarto y me empezó a besar, y a besar y ya de ahí, pues ya no me acuerdo de nada, pero amanecí sin ropa en la cama, yo digo que me violó”.

En otra de las entrevistas, como Segato afirma, parecería que “la violación constituye una punición, y el violador, en lugar de un criminal, se percibe a sí mismo muchas veces como un moralizador o un vengador de la moral” (Segato, 2003, p.3). En ese sentido, la víctima parece considerar que la violación sexual es consecuencia de su adicción, su castigo. Como si no fuera suficiente lidiar con el consumo de drogas, también se sienten responsables del delito que fueron víctimas.

“Tengo cortadas mis partes(vulva), eso es por mi consumo también, porque me violaron, me levantaron, me llevaron a una bodega donde me amarraron y me cortaron mis partes”.

La violencia sexual contra las mujeres es una de las formas más crueles de dominación y poder que deja marcada la vida de las mujeres, que les deja un gran daño físico y psicológico, y que se queda en la impunidad porque deciden no denunciar. Ellas consideran que “nadie les va a creer” porque son adictas.

La doble adicción. Cuando la adicción a las drogas de mezcla con la adicción al juego.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el concepto de ludopatía para hacer referencia de aquellas personas que sufren un trastorno adictivo al juego. Esta se considera problemática cuando nos lleva a la pérdida de control de la conducta. Ahora bien, esta adicción mezclada con sustancias psicoactivas produce una sobre- excitación al cerebro. Existen espacios llamados jugadas donde la combinación de ambas adicciones produce un estado alterado hace que seamos menos conscientes de nuestras acciones.

Las jugadas son espacios clandestinos donde se puede comprar drogas y al mismo tiempo apostar cantidades de dinero en juegos de azar, las conocidas maquinitas tragamonedas. Así encontramos otro ingrediente extra que pone es situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres que son propensas a las adicciones. Así las definen las entrevistadas:

“la jugada es un minicasino clandestino, donde puedes entrar y te drogas...cualquier tipo de droga”.

“estos lugares se prestan para tener relaciones sexuales sin protección alguna, vienen los embarazos, las enfermedades, ahorita hay muchas niñas vienen enfermas en esos lugares”

En el siguiente testimonio, visibilizamos lo que puede suceder cuando existe una combinación entre la adicción a las sustancias psicoactivas y al juego, los riesgos se duplican. Además, que las instancias de internamiento para atender adicción a las drogas

no están especializadas en tratamientos para atender la ludopatía. Los costos económicos de la doble adicción pueden ser desastrosos:

“Te puedes poner (drogada) o consumir y no hay límite de tiempo, mientras tengas para gastar, tú estás ahí consumiendo y depositándole dinero a las máquinas, de hecho, yo vendí mi casa y todo el dinero, todo mi patrimonio me lo fregué y lo dejé en una jugada... todo, todo en maquinitas y drogas”.

Otro componente de riesgo que encontramos en las jugadas, es que son espacios donde la prostitución y/o la violación sexual contra las mujeres es recurrente. Este otro componente incrementa las situaciones de vulnerabilidad. Aunado a la evidente explotación laboral.

“Ahí (en las jugadas) te pueden golpear, matar, violar, sufres de violaciones porque llega lo mejorcito y lo peorcito”.

“a las que trabajan ahí, las utilizan para trabajar para no pagarles, para después golpearlas... meterlas a una casa sola donde las golpean, las dejan sin comer, o sea, personas adictas que se drogan, nomás viven para consumir y es bien feo”.

Narcomenudeo

En el narcotráfico, son las mujeres el eslabón más débil de la cadena. Al respecto, Carrillo (2012) apunta que: “el vínculo de las mujeres con el narcotráfico son las adicciones, no su participación estratégica en la organización del mismo” (p.2), es decir que su incursión obedece en la mayoría de los casos a una forma de mantener la adicción.

“de entrada vender drogas, empecé conociendo de esa gente, de hecho, pues era bien conocida, era bien conocida y yo era bien valiente, que tenía poder y, creía que nunca me iba a pasar nada, entonces me empecé a relacionar con personas y pues voy a vender y me metí a eso también”

“él era traficante de drogas y haga de cuenta que, pues traficamos en familia todo el tiempo con las niñas, entonces... teníamos unas órdenes de aprehensión los dos en Michoacán”.

Robo

El involucramiento de las mujeres en actividades delictivas y las adicciones conserva una estrecha relación. El robo aparece como medio para seguir financiando la droga, o bien como siendo compañía de otra persona adicta que roba. Los efectos que la droga produce en el cerebro de quien la consume llega a “afectar el juicio, disminuir las inhibiciones y reducir el autocontrol, propician la actividad delictiva” (González, p5, 2020).

Con una característica particular, siempre están acompañadas de varones con quienes tenían una relación sexoafectiva.

“me golpearon por culpa del vato con el que fumaba porque me llevó a robar la droga, la droga te lleva a todo... que él andaba mal... a mí todo se me hacía fácil todo por la droga, yo no le ponía importancia a lo que hacía y me llegaron a golpear, pues antes de entrar aquí (centro de adicciones) me violaron por culpa de él”.

“nos robamos un cilindro y al muchacho con el que yo andaba ya lo traían y me tomaron fotos robando”.

“he robado también, ya me acuerdo, me acuerdo por el papá de la niña, nada más robamos bicicletas y asaltábamos, asaltaba... yo siempre andaba con una navaja”.

“he estado con personas que han cometido delitos, que han robado. Nada más, que han robado más que nada, pero no es, no es que yo esté ahí robando directamente, ándale, pero me junto con ese tipo de personas, que pues obtengo un beneficio y con eso puedo consumir con seguir con mi alto consumo”.

A excepción de una entrevistada quien nos comparte que:

“empecé a robar a mi familia para conseguir marihuana, entonces empecé a robarle a mi mamá le agarraba billetes de 100 dólares y así pues poco a poco... a robarle las alhajas a mi mamá”.

Trata de personas

La adicción a las drogas tiene muchas aristas por analizar, la forma en que las mujeres viven las adicciones tiene características particulares, violencias y delitos que poco hemos analizado. Uno de ellos es la trata de personas, como una forma de

obtener financiamiento para seguir con el consumo. Para nuestros fines, retomaremos al protocolo Palermo sobre la trata de personas dice:

“Comete el delito de trata de personas quien promueva, solicite, ofrezca, facilite, consiga, traslade, entregue o reciba, para sí o para un tercero, a una persona, por medio de la violencia física o moral, engaño o el abuso de poder para someterla a explotación sexual, trabajos o servicios forzados, servidumbre o la extirpación de un órgano, tejido o sus componentes”.

Por un lado, la adicción las coloca en situaciones de vulnerabilidad, el desespero por conseguir dinero las hace víctimas de trata.

“me empecé a juntar con amistades que sacaban una muchacha, se la llevaban para los ranchos y las muchachas las vendía ¿ha escuchado mentar el pozo de Imala? pues para allá íbamos y me dijeron la primera vez, yo nada más una vez me he vendido y fue para... conseguir droga... me acuerdo de que esa vez me dieron mucho dinero, y nada más estuvimos ahí dos horas, pero tenía sexo con hombres”.

Por otro lado, convertirse en “enganchadora” de otras mujeres para explotación sexual, puede ser la solución para cubrir las necesidades financieras derivadas del consumo.

“pues vas a tener que sacar a muchachas. Ah, pues está bien... pues si no les daba asco ni vergüenza ni nada y pues ahí me dijeron, me pasaron los nombres de unos muchachos que trabajan mal, y pues yo le llevaba muchachas a ese bato pues, pero ese bato, era alguien bien pesado, entonces yo llevaba todas mis amigas, o sea, como le digo pues yo gano mis \$17,500 y hasta \$20,000 llevando a puras mujeres... es como venderlas”.

Al respecto, la entrevistada no comprendía la magnitud de sus acciones, pues al comentarle que lo narrado anteriormente era un delito y se llamaba trata de personas, solo se puso muy nerviosa y negó que ella fuera parte de eso. Desde su óptica, el consentimiento de las otras mujeres para participar en ello, la exime a ella de responsabilidades, incluso si las otras chicas son menores de edad.

3.1.5 Experiencias en el acceso a tratamiento y rehabilitación contra adicciones Ocultamiento de la adicción

Las mujeres ocultan su adicción a las drogas, desarrollan sentimientos de culpa, la mayoría de las veces solicitan ayuda en una fase muy avanzada de la adicción, pues enfrentan un doble estigma que las hace sentir malas mujeres.

“como por un año nadie sabía que yo, imagínate que iban a decir de una mujer que era adicta, noooo”.

“al principio era sola, era una mujer de hogar y lo hacía en el baño a escondidas de todo mundo, creí que lo podía mantener así”.

Incluso el consumo de drogas usualmente las mujeres prefieren hacerlo en solitario.

“prefiero hacerlo sola, porque tal vez, yo creo que me anestesia mi soledad y pienso que es lo que en realidad quiero, porque no nadie quiere estar hundido, entonces yo siempre me ha alejado de las personas”.

“Yo consuma sola, en un lugar en mi casa, en el baño me encerraba...me iba a la casa del que era mi pareja, como estaba esa casa tan abandonada y me iba pa´llá”.

La vergüenza es otro mecanismo de control en el sistema patriarcal. A las mujeres les está permitido ser, dentro de los límites de la discreción y las buenas costumbres esperadas familiar y socialmente. Romper esos límites con una adicción siempre tendrá sanciones, ser adicta lleva estigma y vergüenza. Autores como Giddens señalan que “la vergüenza es un estado de angustia público” (Giddens, 2000, p.87).

Es decir, la emoción de la vergüenza está relacionada con la mirada de los otros/as, respaldada la idea de estar transgrediendo moralmente un límite. Una transgresión que no lleva consigo aceptación social, por ello no podemos decir que las mujeres “ya están en igualdad” si hablamos de contexto social, ya que la adicción trae a las mujeres, mayores sanciones sociales que a los varones. Enunciarlo así no tiene como objetivo eliminarla, sino hacer evidente este introyecto en la vida de las mujeres. A nosotras nos da vergüenza si nos violan, si vivimos violencia de pareja,

nos avergüenza el placer; es decir es parte de las emociones permitidas y esperadas de las mujeres.

“pues lo hice en un baño... pero de un tiempo empecé a consumir sola, empecé a querer estar encerrada. Porque primero que nada ya no me gustaba mi físico, me daba vergüenza que me vieran”.

“Sola, sola consumo, hay personas aquí me conocen y digo voltéate, aunque seamos amigas, sabe que yo no me dejo que me miren fumar, no dejo que me miren soy muy así, porque me da vergüenza, me da vergüenza la persona que llegó a ser cuando consumo, me doy vergüenza”.

“yo lo hacía(esconderme), más que nada por vergüenza, yo por eso, porque eso no es para las mujeres, porque me da vergüenza ser adicta”.

Estas mujeres no cumplen con los roles tradiciones que su familia espera de ellas y rompen los mandatos de género, ello se traduce en mayor rechazo de su entorno, y penalización social que refuerza su aislamiento y conlleva la ausencia o la demora en la solicitud de los servicios de tratamiento. Es decir, que el ocultamiento por vergüenza hace que las mujeres accedan al tratamiento en una etapa tardía de la adicción y como consecuencia se hace más difícil su recuperación.

Redes familiares y acceso al tratamiento

Las familias se convierten en el factor clave para el acceso al tratamiento de las personas adictas. Del total de entrevistadas, el 78% fueron llevadas por su mamá a un centro de rehabilitación, incluso en contra de su voluntad. No es casual este dato si consideramos que son las mujeres a quienes la sociedad responsabiliza del destino de hijas e hijos. Al respecto las siguientes narrativas:

“mi mamá como que algo sentía que estaba mal, algo pasaba, pues se me adelantó... presentía algo malo y dijo no, de una vez te vamos a internar y ya no me dejaron salir”

“Yo me iba a la casa y le toqué a mi mamá, le toqué y le toqué y no me abrió la puerta entonces... mi mamá habló para acá (centro de rehabilitación) ... por eso me trajeron”.

Un dato que advertimos en las diferencias entre los géneros es que las mujeres que tienen pareja, necesitan de su permiso para ingresar en los centros de rehabilitación.

“pues necesito que mi pareja me de permiso, soy muy codependiente”.

“yo sí necesité el permiso de mi marido para internarme”.

El internamiento en las clínicas desde la óptica de las usuarias

El proceso de internamiento es complejo, la llegada de las mujeres usuarias de drogas a los centros es forzado, regularmente la decisión del ingreso es tomada por su círculo familiar primario, mayoritariamente las madres, como ya lo mencionamos anteriormente. También comentamos que su ingreso debe llevar consigo el permiso moral de la pareja. El primer internamiento está lleno de incertidumbre, ellas manifestaron temor a iniciar un proceso de internamiento.

“Me trajeron a la fuerza, me dijo (el esposo) que iba a un centro que no me espantara y yo creía que, pues la idea de un centro para mí era golpes, es la idea. -Yo no quiero ir-les dije, y me trajeron a la fuerza para acá”.

“yo jamás voy a llegar a estos lugares sola. Se necesita mucho la primera vez, hay mucho miedo de lo que viene y la angustia de dejar de consumir”.

Y los temores a las recaídas están también presentes en las narrativas, pues el peligro de las recaídas al salir del internamiento es real y se vuelve parte de sus preocupaciones.

“Yo aquí tengo tres meses aquí y pues de un chingazo. Ah, porque aquí no hay droga nada de eso, pues, pero afuera están otros chingazos, nunca va a saber uno, uno puede decir aquí no vamos a fumar... ya no. Pues saliendo no vamos a fumar, pero afuera están los putazos y está tan fácil y rápido conseguir que una le vuelve a entrar”.

Abandono familiar

Las mujeres adictas a las drogas padecen mayor rechazo y están más propensas al abandono, de igual manera que ocurre con las mujeres en reclusión: más mujeres llegan solas a los servicios de tratamiento y/ o son abandonadas por sus familias en los

centros de rehabilitación, a diferencia de los varones, lo que obedece a una discriminación por género. En tanto dejan de cumplir su rol de cuidadoras, madres, esposas, hijas, se convierten en mercedoras del aislamiento. En conversación con el coordinador de uno de los centros nos comenta:

“es mucho más probable que abandonen a una mujer aquí en los centros que a los varones, la familia se enoja con ellas y dejan de verlas por meses, cosa que no pasa con los hombres adictos”.

Una de las participantes del diagnóstico así lo narra:

“pueden pasar meses y mis hijos no vienen a verme, yo sé que los plebes quizá no tienen dinero pa´venir y su vida está afuera, yo soy la del pendejismo echando a perder la vida”

Las mujeres dependientes de sustancias psicoactivas, internas en centros de rehabilitación, tuvieron que pausar su rol materno y delegar el trabajo de cuidados en otras personas, generalmente en las abuelas, o bien al padre de sus hijas e hijos. En los relatos se observa entre sus motivos para concluir el tratamiento y reinsertarse socialmente, giran en torno a recuperar su rol de madres.

“Cuando salga quiero estar con mi familia mis hijos y pues saliendo de aquí, voy a estar tres meses con mi mamá, vamos a mantener mi mente activa... dedicarme a los niños”.

“quiero estar con mis hijos, mis hijos y volver a formar otra vez nuestro pequeño imperio. Al lado de mis hijos tengo mucha fe en eso, ellos ya me dijeron mamá nosotros estamos contigo, te apoyamos... pues lo que necesito ya es dedicarme a ellos y apoyarlos para eso soy su mamá, ya he sufrido mucho para seguir sufriendo y ahora la arrastro a mis hijos, mi hija más que nada. Los voy a recuperar”.

Consideraciones finales

Es innegable que las adicciones a sustancias psicoactivas representan, no sólo un grave problema de salud para las mujeres, sino que trastocan todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social. Desde la riqueza discursiva compartida por quince mujeres, a quienes agradecemos profundamente abrir sus experiencias y confiarnos sus procesos de vida tan dolorosos.

En el presente diagnóstico podemos delinear los siguientes hallazgos:

En primer lugar, las consecuencias del maltrato a las niñas, incluido físico, psicológico, negligencia, la desatención o abuso sexual, afecta sus vidas, y tiene consecuencias que las pueden acompañar siempre. No es coincidencia que **el total de las entrevistas vivieron episodios de abuso y/o violación sexual en la infancia**, que nos lleva a inferir que el uso de drogas es un mecanismo de afrontamiento negativo recurrente para hacer frente a las secuelas que deja el abuso sexual infantil.

Otra de las características diferenciales de consumo que encontramos fue que son hombres quienes proporcionan la droga de inicio a las mujeres, **el 87% de ellas afirma que fue un varón** (familiar como papá, hermano, tío, o bien la pareja) **quien le dio por primera vez una droga**. De este dato, podemos resaltar también que, el contexto familiar dejó de ser un espacio seguro para las niñas y adolescentes pues **el 40% de las personas que les facilitaron su primera droga de consumo tenían una relación familiar con ellas**; es decir, pertenecen a su familia cercana.

Por el contrario, al preguntarles a ellas si habían iniciado a alguna otra persona en el consumo, todas respondieron que no, argumentando que “no me perdonaría que alguna chica estuviera, así como yo (con problemas de adicción), por mi culpa”.

El escenario de siembra, elaboración y trasiego de droga cambió en Sinaloa, con ello se modificaron también los patrones de consumo en el estado, al menos así se refleja en **las pautas de iniciación de consumo en mujeres, el cristal se convirtió en la droga de inicio**. De quince mujeres entrevistadas, ocho de ellas afirmaron que el cristal fue su entrada al mundo de las drogas. En la siguiente gráfica se puede observar también los otros tipos de droga utilizados como inicio de consumo:



Elaboración propia con datos recabados en las entrevistas a las participantes del diagnóstico.

El mito del amor romántico se caracteriza por ser una condicionante para seguir reproduciendo la hegemonía en las relaciones entre mujeres y hombres, y desde el punto de vista de las adicciones, **las mujeres suelen iniciar su consumo por incitación, invitación o presión de los varones**. El consumo financiado por la pareja se convierte en otra forma más de dependencia.

Una particularidad con relación a las mujeres que tienen consumo problemático de sustancias es la forma en que viven el binomio maternidad-adicción. Ellas **se consideran a si mismas malas madres, sus formas de maternar rompen el esquema establecido socialmente**, y se alejan de la maternidad cuidadora, para convertirse incluso en cuidadas por sus hijas e hijos, en medio del rechazo social y la culpa. Ese factor diferencial debe ser tomado en cuenta cuando pensamos en el éxito o fracaso del internamiento de las mujeres en los centros de rehabilitación, pues para muchas de ellas, el abandono del tratamiento responde a la presión por salir del internamiento para cumplir este rol de cuidados.

En este sentido, es necesario el diseño de política pública orientada a las niñas y niños cuya mamá y/o personas cuidadoras consumen drogas, con el objetivo de incidir en las vidas de las infancias y cortar esas espirales de adicción que les colocan en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Las mujeres adictas a sustancias psicoactivas conviven a diario con las violencias. Uno de los hallazgos más significativos corresponde a las violencias sexuales, ya que **el 73% de las entrevistadas afirma haber vivido episodios de abuso sexual mientras estaba bajo el influjo de las drogas**. Algunas de ellas ni siquiera tienen recuerdos claros: *“no me acuerdo de nada, pero amanecí sin ropa en la cama, yo digo que me violó”*. Así utilizan el cuerpo de las mujeres “como objeto de placer, destrucción y la realización extrema de la condición machista de lo masculino” (Ponce, 2022, p.13).

En la misma línea de violencias, advertimos desde la narrativa de las mujeres, otras violencias no menos importantes que padecen como efecto secundario de las adicciones, son víctimas de abuso policial, por ejemplo. Además, hay una estrecha relación entre abuso de drogas y delincuencia, las formas para afrontar los costos financieros del consumo las encamina a participar como acompañantes en robos, a

integrarse al narcomenudeo y en algunos casos ser parte de la cadena de trata de personas.

Las historias de las mujeres entrevistadas nos narran contextos donde el abuso emocional, físico y sexual, el abandono parental, las violencias, son factores determinantes en su proceso de adicción. Sus condiciones de vida oscilan entre la pobreza, el estigma, la cosificación, las carencias. Las violencias contra las niñas evolucionan a contextos de violencias contra las mujeres con razón de género.

Además, en sus experiencias de vida han experimentado violencias en el contexto de pareja, violencias por ser consumidoras de drogas (principalmente de tipo sexual), violencias asociadas a la prostitución, discriminación y estigma familiar y social y violencias institucionales. Aunado a ello, las instituciones públicas que atienden violencias contra las mujeres no atienden a mujeres con adicciones a las drogas.

Abrimos un paréntesis aquí para una reflexión. Repensar las adicciones implica nuevas formas de abordaje de estas, la adicción a las diferentes sustancias legales e ilegales se han intentado combatir a través de políticas prohibicionistas que, hasta hoy, no han logrado impactos positivos considerables. Sin embargo, es importante destacar que existen alternativas de intervención previas a la necesidad de incorporar a las mujeres a un centro de rehabilitación y que, en algunas partes del país como Aguascalientes y Tijuana, están marcando tendencia los centros de consumo responsable. En ellos, “se ha optado por implantar programas de reducción de daños y de reducción de riesgos como el programa de intercambio y distribución de jeringas, talleres de consumo de menos riesgo o el análisis de sustancias” (Gómez, 2015, p.7).

A manera de cierre, consideramos necesario incorporar la perspectiva de género (PEG) de manera transversal en los programas de prevención y atención de las adicciones. El género condiciona de manera significativa las adicciones, el impacto a la salud y el acceso a tratamientos en mujeres y hombres. Sin PEG, cualquier diseño de programas de prevención y/o intervención no es asequible para las mujeres a cualquier edad o condición social o económica.

Bibliografía

- Bartra, E. (2002). *Debates entorno a una metodología feminista*. México: PUEG/UNAM.
- Carrillo, E. (2012). *¿Vinculadas al narco? Mujeres presas por delitos contra la salud*. Revista Desacatos no.38 Ciudad de México ene./abr. 2012.
- ENCODAT. (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: reporte de alcohol*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud. Recuperado en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Fernández, L. (2006). *¿Cómo analizar datos cualitativos?* Barcelona, España: Institut de Ciénces de L'Educaió. Universitat de Barcelona, España.
- Ferrer Pérez, V., & Bosch Fiol, E. (2013). *Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional de la agenda educativa*. Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 17(1), 105-122.
- Giddens, A. (2000). *Modernidad e identidad del yo*. 3º edición. Barcelona: Península.
- Gómez, S. (2005). *Consumo responsable de drogas. Reducción de daños y reducción de riesgos*. Universitat Jaume. Barcelona.
- González Reyes, P.J (2020). *La Criminalidad Femenina y su Vinculación con las Adicciones a Drogas en el Norte de México: el caso del Estado de Baja California*. Recuperado en: <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/38565-criminalidad-femenina-y-su-vinculacion-adicciones-drogas-norte-mexico-caso-del-estado>.
- JIFE (2016). Informe anual. Recuperado en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/Spanish/AR2016_S_e_book.pdf
- OMS (2022), *Maltrato infantil*. 19 septiembre 2022. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#:~:text=Casi%203%20de%20cada%204,entre%200%20y%2017%20a%C3%B1os>.
- ONU: Asamblea General, *Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las*

Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, 15 noviembre 2000, disponible en esta dirección:

<https://www.refworld.org.es/docid/50ab8f392.html>

- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- López Valdez, A. X. (2016). *La denuncia de delitos sexuales. Camino doblemente victimizante: una mirada desde las víctimas de violencia sexual*. *Trabajo Social UNAM*, (7), 71–93. Recuperado a partir de:
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/56283>.
- Rivera, J. (2006). *Nuevas dimensiones del trabajo familiar: una revisión al rol del hombre como el principal proveedor económico en un grupo de familias de sectores medios urbanos*. *Revista Caleidoscopio*. (17), 19 – 44.
- Rodríguez, G. Gil, F. & García J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Madrid, España: Aljibe.
- Rodríguez-Martín, V., Mercado, E. y Morales S. (2020). *Desigualdades y violencias de género en jóvenes y adolescentes. ¿soplan vientos favorables?* *Prisma Social*, 31, 368-387.
- Sánchez, D. (2019). *Descubren el primer laboratorio de fentanilo en la historia de Culiacán*. *Excelsior*. Recuperado en:
<https://www.excelsior.com.mx/nacional/descubren-el-primer-laboratorio-de-fentanilo-en-la-historia-de-culiacan/1307412>
- Segato, R.L (2003). *Estructuras elementales de la violencia: contrato y status de la etiología de la violencia*. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Tarrés, M.A. (2012). *A propósito de la categoría género: leer a Joan Scott*. *Soc. e Cult.*, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 379-391. México: COLMEX.
- UNODC, 2022. *El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental*

de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes. Recuperado en:

<https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>

- Zamora, M.A. (2019). Trayectoria biográfica de las mujeres consumidoras de drogas bajo internamiento y reinserción social familiar. Tesis de doctorado. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Anexos

Anexo 1

Guía de entrevista

1. Informar a la entrevistada sobre la investigación que se está realizando, sobre la confidencialidad y la disposición de terminar la entrevista si ella así lo requiere en el momento que lo decida.

2. Datos Generales

- Introdutorias

Estado Civil

Edad

¿De dónde es?

¿Dónde Vive?

¿A qué se dedica?

¿Cuántos hermanos (as) tiene?

¿Con quienes creció?

¿De dónde son tu padre y madre?

¿Su papá en que trabajaba?

¿Su mamá a que se dedicaba?

- Familia

¿Cómo fue su infancia?

¿Le tocó vivir en un entorno donde había cuidados para usted?

¿Quién se encargaba de cuidarla y hacer todo el trabajo de labores domésticas en su hogar?

¿En su contexto de familia hubo violencias contra usted?

¿De qué tipo?

¿Usted tuvo mala conducta de pequeña?

¿Por qué?

¿Alguien de su familia consumía algún tipo de droga cuando usted era niña?

¿Alguien le habló alguna vez sobre drogas y la prevención del consumo de ellas?

- Identidad

¿Qué significa para usted ser mujer?

¿Cuáles son las características que debe tener una mujer?

¿Qué lugar tiene la religión en su vida?

- Ideal de Madre

Me podría describir a su mamá

Para Usted: ¿Cómo es una mamá ideal?

Y ¿Cómo no debe ser una mamá?

En caso de tener hijas e hijos ¿Se considera buena mamá? Sí No Por qué

¿Por qué cree que son las mamás quienes cuidan a hijas e hijos en la mayoría de los casos?

¿Cree que un papá podría ser el cuidador de sus hijas e hijos?

¿En su familia quién se encarga del cuidado de hijas e hijos?

¿Cuáles son sus aciertos y errores como mamá?

- Factores desencadenantes de la adicción y proceso.

¿En su familia hay alguien que consuma drogas?

¿Cuándo empezó a consumir drogas?

¿Cuál fue la primera droga que usted usó y a qué edad?

¿En qué contexto fue?

¿Qué motivos considera que fueron los que la llevaron a probar drogas?

¿Quién le proporcionó su primer consumo?

¿alguna vez se sintió presionada por pareja o expareja para consumir?

¿Si su pareja no fuera consumidora, cree que se quedaría a su lado?

Ha consumido otro tipo de drogas, ¿cuáles?

¿Con qué intervalo de tiempo las consume?

¿Qué ha hecho para conseguir drogas?

¿Es sencillo conseguir drogas?

¿Cuándo consume lo hace sola o acompañada, en qué lugares (importante si es público o privado)?

¿Con qué frecuencia consumía drogas?

¿Cuál considera su principal motivo para consumir?

¿Cuánto dinero gastaba en promedio semanal en la compra de drogas y quién asume el gasto?

¿Habitualmente dónde (lugar) se siente más cómoda para consumir?

¿Usted ha consumido drogas frente a alguien de su familia y viceversa?

¿Su pareja es consumidora de drogas y quien empezó consumiendo?

¿El consumo de drogas cambió su dinámica familiar? ¿Cómo?

¿la han discriminado por ser consumidora de drogas ¿me podría contar en cómo ha sido?

¿Considera que corre algún riesgo mientras está comprando o consumiendo droga? ¿Qué tipo de riesgo?

¿Usted cree que el consumo de drogas ha dañado su salud y en qué forma?

¿Ha cometido algún delito para conseguir y/o bajo el influjo de las drogas?

¿Usted cree que las mujeres se vuelven violentas mientras consumen drogas? ¿En qué sentido?

¿Y los hombres?

¿Le ha tocado vivir alguna situación de violencia sexual estando bajo el efecto de las drogas?

¿Ha tenido alguna sobredosis? Si es afirmativa su respuesta ¿Cómo se atendió y quién la ha cuidado en esos momentos?

¿Ocultó su adicción?

¿Buscó usted ayuda? ¿Cuándo buscó usted ayuda? ¿A quién recurrió?

¿Y si tardó en buscar apoyo cuál fue el motivo?

¿Cómo fue su ingreso a la clínica de rehabilitación?

En caso de tener pareja ¿Necesitó permiso de su pareja para entrar al centro de rehabilitación?

¿Ha sentido miedo de perder a sus hijas/os o su pareja por estar internada?

¿Sientes que necesitas salir pronto o tienes alguna presión por salir? ¿Cuál es el motivo?

¿Considera que el trabajo de crianza y cuidados de sus hijas e hijos fue impedimento para internarse?

¿Cuáles son sus planes al salir del centro?

¿Qué opinión tiene su familia sobre su adicción?

- Cierre de la entrevista

¿Hay algo más que me quiera decir?

¿Tiene alguna pregunta sobre la entrevista?

¿Estaría de acuerdo en una segunda etapa de entrevista si es necesario?

GRACIAS

Fecha: _____

Consentimiento informado para entrevistada

Título del Proyecto: Diagnóstico de Adicciones en Sinaloa

Investigadora: M. en T.S Karla Jazmín Galindo Vázquez.

Introducción y Propósito del Estudio: Solicitamos su colaboración para ser entrevistada en el diagnóstico de adicciones enfocado en mujeres en el estado de Sinaloa. Que lleva como objetivo comprender las condiciones e implicaciones socioculturales del consumo de drogas de mujeres desde un enfoque de género.

Confidencialidad: Acepto que mi nombre no sea mencionado en algún apartado de la investigación. Entiendo que la entrevista es para efectos de análisis de los datos.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto participar en el proyecto titulado Diagnóstico de Adicciones en Sinaloa, con abordaje desde la perspectiva de género. He leído la información de este consentimiento y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ninguno de mis derechos como usuaria de esta institución y puedo cancelar mi participación en el momento en que yo decida.

Nombre y Firma

Glosario

Baize: es una inhalación intencionada de una droga, es como una medida de consumo. Puedes darte un baize o dos de cualquier sustancia inhalable.

Chiva blanca: es un nombre del fentanilo.

Dragon Fruit: es híbrido de dos semillas de mariguana que tiene propiedades estimulantes: induce una gran intensidad cerebral, eleva el estado de ánimo, energiza la mente y alivia el estrés y la depresión. Sin embargo, puede causar paranoia si se consume en grandes cantidades.

Enganchadora: El primer eslabón en la cadena de trata de personas, quien engancha se encarga de conseguir otras mujeres para su explotación sexual.

Jugada: es un espacio destinado a vender/comprar droga, con máquinas de juego de azar, es punto de reunión para las personas adictas, donde también puede haber prostitución.

Ñongo: espacio destinado a consumir droga, puede ser la casa de alguna persona adicta, o bien un predio baldío.

Malilla: Síndrome de abstinencia, provocado por la falta de consumo de droga en una persona que sufre dependencia.

Masiva: es una fiesta con acceso a cualquier tipo de drogas.

Mantenerse limpia: significa mantener abstinencia de consumo de drogas.

Pálida: se refiere a los efectos adversos que puedes padecer después de fumar marihuana.

Picadero: Lugar o sitio al que los adictos a una droga acuden para consumirla, hace alusión al hecho de inyectarse.

Tiradero: lugar donde venden droga.

Surtidor: se llama así a la persona que se encarga de entrega la droga en lugares específicos.

Voladora: unidad móvil de un centro de rehabilitación utilizada para recoger a las personas adictas y llevarlas a rehabilitación aún en contra de su voluntad.