
CIENCIA

DESDE EL OCCIDENTE

Revista Arbitrada Semestral de la Universidad Autónoma de Occidente

Edición Especial | Agosto 2020 | ISSN: 2007-9575



UAdeO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE

EL CONSUMO DE DROGAS Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES USUARIAS DE DROGAS INTERNAS EN CLÍNICAS DE REHABILITACIÓN EN CULIACÁN SINALOA

Drug use and Gender Violence in inmates women
who use drugs in rehabilitation clinics in Culiacán Sinaloa.

María Elena Zamora Siqueiros

César Jesús Burgos Dávila

RESUMEN

La relación del consumo de drogas con la violencia de género que enfrentan mujeres usuarias de drogas representa una serie de repercusiones en su salud física y emocional. Se limita el acceso a una atención institucional pues en ellas repercute el doble estigma de ser mujer y ser consumidora de drogas. Además, se conjuntan las condiciones de desigualdad subyacente y estructural. En este sentido, el binomio violencia de género y consumo de drogas se establece como una variable en la problemática del uso de drogas en mujeres. A partir de la trayectoria biográfica de mujeres internas en clínicas de rehabilitación, sus relatos expresan sus experiencias de vida en torno a situaciones vividas relacionadas con episodios violentos. En este artículo se desarrolla la idea de entrever cómo esta relación de violencia de género y consumo de drogas implica adentrarse a las condiciones específicas de este colectivo de mujeres.

Palabras clave: mujer, violencia de género, consumo de drogas.

ABSTRACT

The relationship between drug use and gender-based violence faced by female drug users means a series of repercussions on their physical and emotional health, thus limiting access to institutional care because they bear the double stigma of being a woman and being a drug user, the conditions of underlying and structural inequality are also combined. In this sense, the binomial gender violence and drug use is established as a variable in the problem of drug use in women. Based on a biographical trajectory of female internees in rehabilitation clinics, they express through a biographical accountability of their life experiences around lived situations related to violent episodes. This article develops the idea of glimpsing how this relationship of gender violence and drug use implies entering into the specific conditions of this group of women.

Keywords: Women, Gender Violence, Drug Use, Internees.

INTRODUCCIÓN

Epidemiología de mujeres usuarias de drogas

Como es observable en el Informe Mundial Sobre las Drogas (UNODC, 2016), sus datos indican que el consumo de drogas en mujeres tiene un impacto negativo en el desarrollo humano y disminuye la posibilidad de alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento. En este sentido, Meneses y Marquez (2015) señalan que este tipo de consumo suele ser definido como un vicio y no como una enfermedad, debido a la ruptura con el rol de género tradicional. Por tanto, para las mujeres, el consumo de drogas disminuye su calidad de vida en el ámbito personal, en el familiar y en el productivo. Entonces se resalta al consumo de drogas como problema de salud asociado con el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual y sanguínea, como Tuberculosis, HIV y Hepatitis B y C. También se relaciona con lesiones y muerte por accidente (UNODC, 2016). A esto se suma la marginación y el estigma social que suelen afectar, con trastornos secundarios, a las personas que consumen drogas, los cuales reducen la posibilidad de recuperación e integración social (Informe Mundial sobre Drogas, 2016).

En datos recientes de la ENCODAT (2016-2017), el incremento del consumo de marihuana en mujeres es dos veces mayor (en 2011 de 1.6% a 3.7% en 2016). En el caso de las drogas ilegales, aumentó de 2.3% en 2011 a 4.3% en 2016. El rubro de consumo de cualquier droga aumentó de 3% a 4.8%. Además, en el caso de mujeres de 12 a 17 años de edad, aumentó el consumo de cualquier droga de 2.6% a 6.1%. Román (2018) plantea que, entre los años 2011 y 2017, el consumo de drogas aumentó de manera alarmante entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad. En el caso de las mujeres, hubo un aumento de 205% en ese mismo lapso, en concordancia con cifras de la Comisión Nacional contra las Adicciones. Además, la ENCODAT (2016-2017) señala que el consumo de drogas aumentó 2.3 veces más que en 2011.

En relación con el incremento del consumo de drogas en mujeres, Miranda (2017), basándose en datos de la ENCODAT (2016), afirma que en México de 2011 a 2017 el consumo de drogas en mujeres aumentó en un 105%, al pasar de 926 mil a 3.9 millones de consumidoras. Esto representa una preocupación para organismos gubernamentales como el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el cual plantea esta situación

como un problema de salud pública con implicaciones en el ámbito de la justicia. El consumo de drogas en mujeres genera un tipo de violencia que limita sus condiciones de vida, las margina, las sume en la pobreza y, en general, obstaculiza su desarrollo cultural e intelectual. Velázquez (2016) argumenta que, aunque el consumo de drogas ilegales en mujeres es menor comparado con el consumo en hombres, se nota un aumento acelerado ya que el acceso a los tratamientos es mínimo.

Respecto a las dificultades que enfrentan las mujeres consumidoras de drogas de los 12 a 17 años, de acuerdo con la ENCODAT (2016-2017) resalta el espacio laboral y la educación. En el caso de los grupos de 18 a 34 años y de 35 a 65 años, el consumo está asociado con las dificultades que enfrentan al realizar las tareas domésticas. Por ello, ser mujer consumidora de drogas significa tener que sortear obstáculos socioculturales ligados a la estigmatización, a problemas en la relación de pareja, a problemas atribuibles al rol de madre, y a trastornos generados por el consumo de drogas, como la pérdida de salud y de identidad sobre la corporalidad y los sentimientos de autopercepción negativa. Igualmente, las relaciones familiares también se deterioran. Además, no hay equidad social que haga posible un apoyo para la reinserción sociocultural y laboral (Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017).

De esta manera, es significativo destacar que el consumo de drogas en mujeres se asocia con experiencias relacionadas con la violencia simbólica, estructural y de género, acentuadas en prácticas sociales y culturales. Según Romo (2011), los escenarios sociales y culturales donde se desenvuelven las mujeres que consumen drogas refuerzan las contradicciones de género, construyen identidades y asignan roles durante el proceso de socialización. Al respecto, Pérez y Correa (2011) sugieren que «las diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas han sido objeto de interés, especialmente en los últimos 30 años» (p.21). Sin embargo, aun cuando existen antecedentes importantes del consumo de drogas en población femenina, se puede ver que los avances en cuanto a su abordaje institucional siguen centrando la atención en destrezas similares para hombres y mujeres.

Por lo tanto, desde la dimensión política del consumo de drogas, la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2014) expone sus consideraciones sobre cuáles son las consecuencias del consumo de drogas y, en especial,

cómo afecta a las mujeres, por lo que es importante incentivar y garantizar su participación en los debates actuales sobre la elaboración y la reforma de las políticas de drogas, a partir de las concepciones construidas por las sociedades patriarcales, que vulneran los derechos de las mujeres forzándolas a vivir en condiciones de desigualdad de género. Todo lo antes expuesto tiene como telón de fondo un hecho irrefutable: el consumo de drogas en la población femenina va en aumento y sólo 12.8% de las drogodependientes acuden a tratamiento institucional mientras que del total de hombres consumidores acude 22% (ENCODAT, 2016-2017). De allí que sea necesario un estudio con enfoque de género y desde una perspectiva cualitativa, para conocer con profundidad las desigualdades y características individuales, físicas, sociales y familiares de las mujeres drogodependientes.

Según Ortiz y Clavero (2014), las discrepancias entre géneros provocan o implican un deterioro de la salud y limitan el progreso y prosperidad de las mujeres en relación con los hombres. En este sentido, se reitera la importancia de conocer mediante estudios sistemáticos las características del consumo de drogas de la mujer drogodependiente y las repercusiones sobre su salud física, mental y social. Del mismo modo, Gómez, Clari y Saiz (2006) consideran que, implícitamente, el consumo de drogas se admite más como conducta masculina, mientras que en el caso de la mujer no sólo es inadmisiblesino también imperdonable. Esta consideración reduce la posibilidad de observar sus características y particularidades como fenómeno social que debe ser estudiado de manera especial.

Según De Miguel (2016), el consumo de drogas está estrechamente relacionado con la desigualdad social, la marginación, la discriminación y la opresión de género. Hay además puntos de vista individualistas y terapéuticos, que construyen el consumo de drogas como un problema de responsabilidad personal, sin valorar factores relacionados con elementos sociales y culturales que llevan a las personas a consumir drogas. Asimismo, en el caso de México, Castillo (2008) afirma que los estudios sobre el consumo de drogas se enfocan en datos epidemiológicos que no segmentan la información por género, lo cual impide distinguir procesos específicos del consumo de drogas en mujeres.

El mismo De Miguel sostiene que la concepción del consumo de drogas en mujeres, por parte de las

instituciones, está vinculado a movimientos históricos y tejidos sociales variables, en los que las diferentes organizaciones sociales y de intervención producen una serie de significados que impiden ver todas las aristas del problema. Por tanto, el uso de drogas en mujeres no es una mera representación científica, sino que está basada en planteamientos moralistas y en políticas que desintensifican la atención que se les debe prestar.

Para Solís (2018), el consumo de drogas en mujeres está asociado a factores emocionales generados por relaciones interpersonales inadecuadas, por dificultades para manejar las emociones y por problemas de identidad. Este autor afirma que las mujeres en Sinaloa han elegido consumir drogas y bebidas alcohólicas para resolver los conflictos antes mencionados. Señala, además, que en las áreas de urgencias de algunos hospitales de la entidad es frecuente la atención a mujeres con problemas de intoxicación por consumo de drogas, manifestando taquicardia y recaídas constantes, lo cual muestra el aumento de consumo de drogas ilegales como el «cristal». A esto se suma que el estado de Sinaloa es uno de los principales productores de estas drogas ilegales, lo que facilita el acceso a las mismas (Fernández, 2016).

Así mismo, la incursión de la mujer en el consumo de drogas también implica involucrarse en actividades relacionadas con el narcotráfico. Mondaca, Cuamea y Payares (2015) afirman que se trata de acciones que rompen con las reglas sociales. De hecho, la mayoría de estas mujeres comienzan a realizar actividades delictivas, y el ámbito de la delincuencia también es afín al consumo de drogas. Se trata de entornos que propician cierto empoderamiento donde el género, la belleza, el consumo y el narcomenudeo se convierten en una forma de vida cargada de violencia. En este ambiente, las mujeres sienten una autonomía (aparente) y consideran que pertenecen a un grupo social concreto.

Con frecuencia, las investigaciones en torno al uso y abuso de drogas en Sinaloa se centran en el fenómeno del narcotráfico como problemática social generadora de violencia, corrupción y delito, dejando de lado el impacto en la salud, el bienestar y el desarrollo de hombres y mujeres consumidoras. Si bien es importante tener presente que el fenómeno del narcotráfico es un asunto social que debe ser atendido por los gobiernos, es también importante realizar estudios que permitan conocer con detalle la condición de las mujeres que consumen sustancias ilícitas.

Violencia de género

La violencia de género es un problema de salud pública con implicaciones a nivel mundial, se relaciona con factores asociados a la prevalencia del consumo de droga (Caldentey, Tirado, Ferrer, Fonseca, Rossi, Mestre-Pintó y Torrens, 2016). En el caso del colectivo de mujeres usuarias de drogas, la violencia de género que atraviesan a lo largo de su vida se presenta a través de la violencia familiar, pareja, estructural, lo cual representa un factor de riesgo a las conductas adictivas. Al mismo tiempo, el acceso a los procesos institucionales para las mujeres se obstaculiza pues se considera que el consumo de drogas es mayor en hombres, lo cual de alguna manera justifica que predominen los centros de atención para ese sexo (Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017). Esta situación genera una sub-representación del contexto terapéutico de tratamiento que requiere la mujer usuaria de drogas (Naciones Unidas, 2005), quien tiene necesidades de atención especiales basadas socioculturalmente en su rol de madre, esposa e hija. Las Naciones Unidas (2005) afirman que los servicios terapéuticos disponibles no cubren necesidades específicas del cuidado de los hijos, lo que les hace difícil ingresar y mantenerse en los tratamientos institucionales. Se trata de barreras que les impiden integrarse al tratamiento institucional. De allí la reducción de oportunidades de tratamiento en relación con los hombres consumidores de drogas.

Otros factores que obstaculizan el acceso al tratamiento son la falta de confianza en los programas existentes, el desconocimiento de la ubicación de los centros, tener que expresar su problema en grupos donde están presentes los hombres, cuando los programas de tratamiento son para ambos sexos (Romero, Saldívar, Loyola, Rodríguez y Galván, 2010). Esto evidencia la disparidad para la mujer consumidora de drogas, en relación con el acceso al tratamiento institucional, ya que son pocos los centros que ofrecen intervención residencial que cumplan con las necesidades especiales de ser mujer drogodependiente. Al menos en la ciudad de Culiacán, Sinaloa, sólo existen dos centros avalados por CONADIC (2012). El resto son centros de ayuda mutua que no se apegan a la normatividad.

Así, no sólo existen deficiencias de cobertura, sino también falta la perspectiva de género. Según Zamora (2012), atender con perspectiva de género a la mujer drogodependiente significa enfocarse en las líneas que la configuran como un sujeto social cuyas acciones tienen

características propias de la condición de mujer. Zamora también propone visualizar en los cuerpos femeninos las problemáticas que enfrentan en la vida social, reunir sus vivencias y proyectar sus experiencias en el mundo, para poder entender las vertientes que afectan el concepto de vida cuando se es mujer. El enfoque de género permite comprender la incursión de la mujer en el consumo de drogas, así como las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en las prácticas relativas a este tipo de comportamiento. Según Romo (2010), mientras existan desigualdades sociales para las mujeres, será necesario generar mecanismos que identifiquen y reconozcan situaciones desfavorables para ellas. Además, adoptar el enfoque género es favorable a la hora de diseñar estrategias y elaborar proyectos para la prevención y tratamiento del consumo de drogas por parte de las mujeres.

De acuerdo con Martín, Rivera, Morande y Salido (2000), esta manera de tratar las adicciones tiene como único propósito «ofrecer un medio social como principal instrumento de cambio frente a una enfermedad» (p. 233). Es decir, conformar grupos con personas que padecen alguna enfermedad común, sólo les permite apoyarse mutuamente durante el proceso de su padecimiento.

En el caso de las adicciones, estos grupos han estado integrados por ex-adictos o ex-adictas, con el fin de ofrecer espacios de tratamiento basados en la experiencia de los propios participantes. Esta es una manera de velar (o compensar) la incapacidad de las instituciones gubernamentales para dar respuesta a este problema de salud. En este respecto, Jarpa, Parra y Escamilla (2016) sugieren destacar las implicaciones sociales del uso de drogas en mujeres, puesto que esta condición (ser mujer) es clave para entender la tardanza en la búsqueda de tratamiento y la baja adherencia a los procesos de rehabilitación. Diferenciar las condicionantes individuales, familiares y sociales de las mujeres consumidoras de drogas y sus derivaciones, permite observar cómo ser mujer obstaculiza la asistencia a y la permanencia en los tratamientos de rehabilitación.

Al referir estos aspectos o condicionantes sociales, es importante no perder de vista que el ocultamiento y el aislamiento social de las mujeres usuarias de drogas hacen que la búsqueda de tratamiento sea tardía. Rekalde y Vilches (2003) argumentan que uno de los problemas más recurrentes en el proceso de consumo problemático

de drogas, en el caso de las mujeres, es el ocultamiento del problema por temor a enfrentar a la familia y la sociedad, lo cual demora la búsqueda de tratamiento. Este ocultamiento genera en las mujeres usuarias de drogas inseguridad, temor, soledad y culpa, por lo que postergan el tratamiento aumentando los riesgos que impactan su salud, su familia y sus entornos sociales; aspectos que los abordajes cuantitativos y estadísticos suelen dejar de lado y, por lo tanto, no se tienen presentes a la hora de tomar decisiones que mejoren las estrategias de intervención.

MÉTODO

El diseño de la investigación ha previsto una metodología cualitativa, basándose en los relatos biográficos de las narrativas en las experiencias de mujeres usuarias de drogas internas en clínicas de rehabilitación. El supuesto básico de los métodos cualitativos es que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos sociales (Ruiz, 2012). Para un investigador, esto implica buscar esas construcciones e interpretar los significados que los actores sociales dan a sus propias experiencias. En este sentido, la metodología cualitativa es «la incorporación del entendimiento de los significados en los actos y las relaciones de las estructuras sociales, desde su construcción y transformaciones a partir de las significancias de los sujetos involucrados en ellas» (De Souza, 2009, p. 20). La investigación cualitativa aporta estrategias que permiten conocer las experiencias propias, en este caso, de las mujeres usuarias de drogas internas en clínicas de rehabilitación.

La investigación cualitativa parte de la necesidad de observar las problemáticas sociales desde la perspectiva de los sujetos que las padecen. El fenómeno de las adicciones no es la excepción. De hecho, este paradigma se centra en la comprensión de los significados de las prácticas, experiencias, creencias, sentimientos y cultura de quienes están inmersos en la problemática de las adicciones. Además, ofrece un panorama amplio sobre aspectos relacionados con la vida social, sus estructuras y sus roles, que ponen en evidencia la dialéctica entre persona y sociedad. Finalmente, permite elaborar estrategias de atención política, educativa y de salud para las personas afectadas.

Participantes

Para el desarrollo de esta investigación se contó con la participación de doce mujeres internas en dos clínicas

de rehabilitación (CR1-CR2). A continuación, una breve semblanza vivencial de cada participante:

Participante 1. Es alta y se describe a sí misma como una persona de «aspecto humilde, de pueblo». Entró en el mundo de las drogas porque vivía en otro país y se sentía sola. La nostalgia por su tierra y su familia era muy fuerte, por lo que su cuñada la invitó a consumir cocaína para sobrellevar la pena. Al principio se sintió bien, pero a medida que aumentó su consumo se alejó de su familia de origen. Siempre estuvo implicada en situaciones relacionadas con el narcotráfico, la cárcel y la migración, que la llevaron a encontrar en las drogas un medio para afrontar la tristeza. Cuando su esposo se enteró de su consumo, la alentó a que experimentara con otras drogas. Así fue como la heroína entró en su vida. En los comienzos, la adicción los unió como pareja, pero acabó separándolos de sus hijos, quienes han estado a cargo de sus suegros y sus cuñados. Se quedó con su pareja, incluso ella salía a comprar la droga para ambos. Cierta vez le vino una «malilla» muy fuerte. Se habían ido a trabajar a la sierra y no llevaban suficiente dosis para ambos. La pasó muy mal, por lo que tuvo que bajar de la sierra para atenderse con un médico. Acudió a sus padres, quienes decidieron internarla. Siente vergüenza porque sus papás vendieron propiedades para poder pagar su tratamiento.

Participante 2. Es seria y poco expresiva. No poder decidir sobre asuntos de su propia vida le produce coraje e impotencia. En específico, se refería a las decisiones sobre su tratamiento. Su familia es quien decide y no le informa nada. De hecho, la llevaron al centro de internamiento con engaños. En el momento de la entrevista ya había cumplido nueve meses de estar ahí y no sabía nada de su hija más pequeña. Antes de entrar en el centro la cuidaba una vecina, quien además le permitía dormir en un espacio de su casa, ya que se había quedado sin dinero y pasaba mucho frío (las temperaturas de la localidad donde vivía eran muy bajas). A veces no comía porque lo que ganaba lo utilizaba para comprar comida para su hija. Fue muy difícil para ella contactar a su familia ya que temía que la internaran. Por necesidad, acudió a una tía que la trajo con engaños para ser ingresada en esta clínica.

Participante 3. Es una adolescente. Su mamá se divorció dos veces, y luego se casó por tercera vez. No llevaba buena relación con las parejas de su mamá. Fue abusada sexualmente por un tío consumidor de drogas y luego por el suegro de su mamá. Se extravió y se fue a vivir con un

amigo a Mazatlán [Sinaloa, México]. Vivía bajo los puentes y robaba para conseguir la droga. La policía municipal la localizó y avisó a su familia para que la recogieran de la misma clínica. Se fugó en una ocasión y fue castigada por un intento de fuga junto con otras compañeras. A raíz de este acontecimiento, fue aislada durante dos semanas, sin permitirle visitas y su tratamiento inició como si contara con autorización de la familia.

Participante 4. Ella y sus dos hijas han pasado por situaciones de pobreza extrema. Antes de ingresar al centro, vivía en la frontera. Su esposo la abandonó, situación que la llevó a vender artículos usados en un tianguis. Se levantaba muy temprano y siempre tenía sueño. Encontró en las drogas una forma de aguantar sus jornadas de trabajo. Viene de una familia disfuncional. De niña fue abusada sexualmente por un tío político. Regresó a la ciudad porque lo que tenía no lo usaba para comer, sino para comprar drogas. En la actualidad, su mamá se hace cargo de sus hijas.

Participante 5. El divorcio de sus padres fue el detonante del consumo de drogas. Aunque tiene hijos, afirma que no es madre: «sólo los parí. Ellos están a cargo de mi familia. Ellos están mejor así. Yo no soy para ser mamá». Se define a sí misma como un caso perdido. Busca arreglarse para salir y volver a consumir o cuando se enfada del encierro trata de ganarse la confianza del personal para que la dejen salir y así escaparse. Incluso, es la encargada de acompañar a la consulta de internas que requieren de atención médica. Dice que al principio se sentía mal por no cuidar a sus hijos, pero ahora siente que están mejor lejos de ella, por eso ya no los busca. Quiere que ellos sean felices sin saber de ella.

Participante 6. Ha pasado por eventos extremos de violencia desde pequeña. Incluso decidió casarse muy joven porque veía que su mamá trabajaba mucho para mantener a todos sus hermanos. Pensó que si formaba una familia propia sería una boca menos que alimentar. Según ella, esa decisión fue la peor que pudo tomar, pues su pareja la maltrataba y acabó dejando a sus hijos a cargo de su mamá; es decir, ella se había ido, pero sumó tres bocas más. Un acontecimiento que le provoca mucha tristeza es saber que su hijo menor la busca por las calles para encontrarla y darle comida. Su condición de vida es vivir en la calle.

Participante 7. Se muestra optimista y alegre por estar en el centro. Vivía en Estados Unidos, donde andaba en pandillas vendiendo drogas o robando. Padece depresión. Lo que más le ha afectado es haber perdido a su papá en un acto de violencia, pues se dedicaba a la venta y distribución de drogas. Su única hija ha estado a cargo de una de sus hermanas. Intenta estar bien, pero la invaden sentimientos de tristeza por no poder dejar las drogas. Su entorno familiar desde niña estuvo caracterizado por las conductas delictivas de su padre y de su hermano.

Participante 8. Sufre de trastornos alimenticios. Según ella, siempre ha sufrido de sobrepeso. Su familia tenía una tienda de abarrotes, y cuando salía a colaborar su padre le gritaba «mejor métete, estás muy gorda y te ves muy fea». Siempre estuvo preocupada por bajar de peso. Esta preocupación la llevó a tener problemas graves de salud y a buscar en las drogas un medio para estar delgada.

Participante 9. Ha tenido pérdidas significativas por la violencia y el narcotráfico en su familia. Concluyó la secundaria. Siendo muy joven, se fue a vivir a Estados Unidos. Empezó a trabajar y a tener buenos ingresos. Comenzó a consumir drogas, alcohol y tabaco, alentada por su pareja. Después probó el cristal y se «prendió». Es su segundo ingreso en esta clínica. Sufre de episodios de ansiedad aguda por estar internada en la clínica. Se autolesiona o produce situaciones que la enfermen para salir a consulta médica. El encierro la altera y la pone mal. Durante su estancia en la clínica, su expareja se hace cargo de su hija.

Participante 10. El internamiento la hace sentir enferma. Define su estancia en la clínica como la de un pájaro enjaulado. Recuerda a su familia con dolor y afirma que la migración de su papá a los Estados Unidos fue lo que ocasionó la separación de sus padres. A partir de la separación, su mamá tuvo que trabajar y los dejó a cargo de sus abuelos. Recuerda que su abuelo fue violento, la maltrataba física y emocionalmente. Muy chica dejó su casa y se fue a vivir con unas amigas. Consiguió empleo como bailarina en un centro nocturno. Aclaró que sólo bailaba; no se prostituía. Se define como lesbiana. Su pareja fue quien la ingresó al centro. Cuando la visita, le tienen prohibido mostrar afecto hacia su pareja.

Participante 11. Su familia está compuesta por hermanos y mamá. Dejó de estudiar porque su mamá trabajaba y ella se hacía cargo de sus hermanos. Se

relacionó con una pareja consumidora de drogas, quien a su vez la prostituía para conseguir droga para los dos. A causa del consumo, perdió a su hijo menor. Antes de ingresar a la clínica, vivía debajo de puentes y pedía comida en las calles o en los abarrotes le regalaban pan.

Participante 12. A sus 14 años fue raptada por un hombre que apenas conocía y por temor a ser señalada se quedó a vivir con él. Su familia duró tiempo sin saber de ella. De esa relación tuvo un hijo del cual ella se hizo cargo. Decidió regresar a su casa pues su raptor la maltrataba. Es una mujer seria y difícilmente toma decisiones por sí misma. Trabajaba de cajera en un supermercado, y allí un hombre consumidor la indujo a consumir drogas. Se fue a vivir con él y consumía delante de ella, le prohibía visitar a su familia, sufría de violencia física y psicológica. La encerraba para consumir delante de ella. En un cuadro de intoxicación ella acudió a su familia para que la ayudara a atenderse.

Se efectuaron doce entrevistas a profundidad, divididas en dos clínicas de rehabilitación: seis mujeres en la CR1 y seis en la CR2. La participación fue por voluntad propia. Previo a las entrevistas se les reunió para explicar en qué consistía el estudio, además se les informó el respeto al anonimato. Para el desarrollo de las entrevistas se planteó como objetivo describir la experiencia de las mujeres usuarias de drogas en la búsqueda de ayuda, las limitaciones y las estrategias de rehabilitación en el proceso de internamiento de ayuda mutua

RESULTADOS

Los episodios de violencia de género relatada por las mujeres participantes en este estudio se presentan en etapas de la infancia, con la pareja, en el proceso de consumo de drogas e instituciones que ofrecen servicios de internamiento para su rehabilitación. Esto representa un factor de riesgo hacia el consumo de drogas. En un análisis consecuente relaciona a la violencia de género como un factor de riesgo asociado con el consumo de drogas, se encamina a las condiciones de violencia en la familia o abuso en la infancia, pertenecer a una grupo minoritario por su condición étnica, bajos recursos financieros, o un nivel intelectual bajo, todo ello se asociaba con padecer violencia de género (Caldentey et al., 2016).

Violencia familiar

En relación con la dinámica familiar previa al consumo de drogas, las entrevistadas hablaron de las experiencias que limitaron su desarrollo social y personal. Es el caso de la P12 (C2):

Mi familia está compuesta por mi madre y hermanos. Mi papá nos abandonó cuando éramos muy chicos [...]. Por eso nos fuimos a vivir con mi abuela que también vivía sola. Ella, mi abuela, nos cuidaba porque mi mamá siempre trabajaba [...]. Pues mi mamá era muy seca, muy poco nos expresaba cariño, nunca platicábamos. Ella era seria, sólo se dedicaba a trabajar. En casa de mi abuela ella nos mandaba [...] Este, yo siempre fui seria, no platicaba nada, este... pues mi mamá nunca nos mostraba cariño. Como hermanos crecimos cada quien por su lado sin decirnos palabras.

En las experiencias de las entrevistadas se presentan similitudes en las problemáticas familiares. Por ejemplo, en sus relatos, P6 y P10 describen el abandono familiar del padre y cómo la desestabilización convirtió a la madre en la única proveedora de la casa, dejando el cuidado de los hijos a cargo de los abuelos:

P6 (CR1): mi papá como el mago, se desapareció cuando yo era chica. Nunca he convivido de padre e hija. Mi mamá es padre y madre para mí. Mis respetos: ha sido mi madre y madre de mis hijos. Ella tiene derecho de todo, a cuidar a mis hijos. Yo no le reclamo nada. Maltratos no tuve de parte de mi mamá ni de mis hermanos. Carencias se puede decir que sí, pero ahí tenía a una mamá y un papá. Ella es mi papi y es mi mami a la vez.

P10 (CR1): mi papá es violento, no es una persona cariñosa. Él primero sus gastos, tirando barra. Mi mamá tuvo la necesidad de trabajar en casas, lavar ajeno. Por ella comíamos, nos vestían. Mi papá se fue a buscar frontera, pero se va, y las primeras veces nos marcaba, nos mandaba dinero. Yo era más apegada a mi papá. Mi papá por donde sea me traía paseando. Yo tenía 6 años cuando él se fue, aún lo recuerdo, son cosas que no se olvidan. Mi papá le marcó, y le dijo que era la última vez que le iba a marcar, porque no le alcanzaba para mantener dos familias. Él agarró una familia allá. Mi papá sabía que nosotros podíamos escuchar y no le importó.

La ausencia física o emocional o el abandono de la madre o del padre desencadenan conflictos, angustias o síntomas sociales que afectan el desarrollo de los hijos (Montoya, Castaño y Moreno, 2015). La ausencia de los padres en las experiencias de las participantes (P6 y P10) fue clave para el desarrollo de la violencia familiar, del abuso sexual y de la necesidad de huir del hogar por considerarlo un lugar peligroso. En pocas palabras, estas condiciones desestabilizaron alguna de las etapas de su vida.

Violencia sexual

El abuso sexual es otra de las experiencias recurrentes en las narraciones de las participantes. El abuso sexual en la infancia afecta el comportamiento social de quienes lo sufren y el consumo de drogas es común en quienes en algún momento de su vida infantil o adolescencia sufrieron abuso sexual (Pérez del Río y Mestre, 2013). Tal fue la experiencia de P4 (CR1):

Cuando yo era niña, le dije a mi mamá que en las noches mi hermano se acostaba a un lado de mí y me empezaba a manosear y a repegarme su cosa. Sí recuerdo que le dije a mi mamá, pero ella agarró y nos castigó a los dos, como si yo tuviera la culpa. O sea, él no, para mi mamá yo era la culpable. Sí recuerdo que le dije, pero ella, mi mamá, siempre me pegaba a mí [...] Yo sentía mucho coraje con mi mamá porque me castigaba a mí. Si mi hermano era el que lo hacía ¿por qué tratarme así, mal a mí? [...] Tengo un tío y una tía que vivían fuera y cuando ellos venían de visita mi tío me trataba muy bien, nos llevaban a pasear.

De niña, mi mamá me decía que nunca me quedara sola con él, que no le hiciera caso. Mi mamá ya sabía que él era así, que abusó de mis tías y nadie lo quería, pero él un día me dijo «ven vamos a la casa los dos solos». Ya estando ahí, me dio una paleta y me dijo que íbamos a hacer un juego y que no le dijera a nadie. Yo no sabía bien qué estaba pasando, no sabía qué hacer, a quién decirle. Él me lastimó, me dolía. Yo tenía 6 o 7 años. Yo no se lo conté a nadie. Me daba miedo decirle a mi mamá. Yo sentía que era malo hacer eso. Mi conducta fue de rechazar a las parejas que me salían ya en la adolescencia. Es algo que yo me guardé. Se lo conté a una amiga cuando yo ya estaba grande. Ese trauma para mí fue como un rencor sobre los hombres. Para mí ellos nada más quieren eso, porque ya lo había vivido con mi hermano: «nada más quería tocarte». Ya en mi adolescencia, para protegerme, me empecé a

vestir y jugar con hombres, de hecho, pensaban que yo era «machorra». Eso lo dejé de hacer pues era como una forma de protegerme de que no me vieran mi cuerpo los hombres.

En las experiencias, creencias, costumbres y valores de las mujeres consumidoras es común la evasión de sentimientos y de pensamientos. Suelen esquivar las situaciones problemáticas que afectaron negativamente sus vidas (Pérez del Río y Mestre, 2013).

En el contexto familiar también hubo maltratos que produjeron aislamiento y abandono. Ante el maltrato, paradójicamente la alternativa de algunas internas fue ponerse en peligro o exponerse a los abusos sexuales:

P10 (CR2): Un día de tantos los perros hicieron un cochinerito con pañales y mi abuelo me levantó a cintarazos, y me hizo limpiar todo. Estábamos a un lado de la costera. Estaba como que muy recaída. Se me hizo fácil subirme a la carretera, y me fui caminando por la costera. Casi llegando a la caseta de Costa Rica, se paró un trailerito. Yo le dije, yo traía un short así como para fútbol, y me subí con él. Yo no sabía dónde me iba a bajar. Quería buscar a mi papá.

Cuando me subí di un respiro, y dije «hoy empiezo una nueva vida para mí». Y vaya que sí empezó una vida para mí. [...] Le dije que iba al cruce de Pericos. Ya durante el camino él me enseñó unas fotos de unas hijas de él, y le dije «esa niña esta idéntica a una prima mía». No recuerdo de dónde me dijo que era. Se paró en un lugar y me acuerdo de que me compró desayuno, y me dijo que me fuera para atrás para no tener problemas con un federal, y se me fue encima. Intentó hacerme cosas, de hecho, sí me dañó cuando le dije que yo me estaba haciendo del baño, y se puso muy violento [...]. Cuando me bajé, me dio por correr, y de la nada me aparecieron unos hombres de los que dan mantenimiento a las carreteras, y reportaron con el federal de caminos, entonces el hombre se tiró a la fuga. Yo dije «de aquí empieza una nueva vida para mí. Cero golpes, cero maltratos». Yo quería ir al cruce de Pericos.

Las situaciones de maltrato en la infancia y en la adolescencia, así como la inatención a experiencias de abuso sexual, son factores de riesgo asociados al inicio del consumo de drogas (Pérez del Río y Mestre, 2013).

Violencia estructural

Cuando las mujeres llegan a las clínicas, muchas veces ya se han violado sus derechos humanos; por ejemplo, han sido traídas o levantadas a la fuerza. Al llegar, las mujeres manifiestan malestares físicos y emocionales que dificultan su integración a las actividades de la clínica. Además, experimentan sentimientos encontrados por haber dejado a sus hijas e hijos, o bien, sienten angustia por el aislamiento y por no saber qué pasa con sus familias. En la experiencia de P9 (CR2):

A mí me trajeron a la fuerza. Mi ex [pareja] le dijo a mi mamá y a mis hermanas que me trajeran a este lugar. Yo estaba sentada en la sala de mi casa y preguntaron por mí, entonces yo me asusté [...]. Grité como loca a mi mamá que me querían llevar. Me enojé, decía: «¿qué pasa? ¿por qué no hacen nada?» La verdad es bien feo. Lo que decía yo: «que no veré a mi hija de 8 años». Él [expareja] se la llevó con su actual esposa. Me subieron a la voladora y yo grité y grité. Nadie me ayudaba. Cuando llegué a la puerta de aquí [de la clínica] sentí un vacío que no sé cómo explicarlo. Me subieron a empujones a un cuarto, me encerraron, no me preguntaron ni me explicaron nada. Hasta ahorita no sé nada de mi familia.

En la experiencia de otra mujer entrevistada:

P4 (CR1): Pues yo cuando ya andaba muy metida en la droga, le platicué a un tío que vive en Estados Unidos. Le dije que me sentía muy mal, le pedí dinero y se enojó. Empezó a decirme que me regresara para acá, y yo no quería [...]. Y así, él mandó por mí a unas personas que me trajeron a la casa de mi mamá. Seguí consumiendo aquí. Un día mi mamá me encontró consumiendo y me gritó: «ya está bueno, vamos a llevarte a un centro». Entre ella y una tía me encerraron aquí. Me convencieron. Al llegar, pues me metieron a un cuarto. No me dijeron nada. Me cuidaba otra muchacha que me llevaba comida, y así puro dormir y comer. Siempre he estado enojada, pues yo no quería venir porque no vería a mis hijas. Estoy con miedo de que me las quiten.

Algunas de las entrevistadas no reconocen la necesidad de tratamiento. Para ellas, internarse en una clínica implica la pérdida de la custodia de sus hijos, del empleo, del estudio o hacer evidente su consumo de drogas ante la familia. Las mujeres carecen de estrategias para afrontar el temor a ser abandonadas y olvidadas en

las clínicas (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Turbet, 2007). El encierro se vive como un castigo y como una experiencia que rompe con los roles de género asignados culturalmente y desde los que son juzgadas, ya que dejan de cumplir como madres y como cuidadoras.

CONCLUSIONES

A raíz de los resultados de la trayectoria biográfica de las mujeres usuarias de drogas internas en las clínicas de rehabilitación, se confirma la estrecha relación de la violencia de género con el uso de drogas, exponiendo al contexto familiar e institucional como espacios donde se establecen relaciones de control y poder a través de actos de violencia tanto física, verbal, sexual y psicológica, que impiden el desarrollo emocional e intelectual de este colectivo de mujeres. Además, existe un estigma social el cual establece mecanismos de desigualdad y discriminación por el solo hecho de ser mujer y a la par usuaria de drogas, situación que justifica el ser mercedoras de malos tratos, agresiones físicas y emocionales que impiden una adecuada recuperación.

También se muestran las dinámicas familiares disfuncionales como uno de los problemas que favorecen el consumo de drogas, es decir, es un factor desencadenante destacado. Las entrevistadas refirieron de manera recurrente a familias donde prevalecen la violencia, el maltrato, las carencias afectivas, la convivencia limitada y las privaciones económicas. También hablaron del consumo propiciado por algún integrante de la familia, como el padre o la madre y por la pareja o grupos de pares. A estos factores se suman los abusos sexuales, el embarazo y matrimonio a edades tempranas y la reproducción de modelos e historias familiares. En este sentido, las condiciones familiares desfavorables son un factor de riesgo que desencadena el inicio del consumo de drogas.

Las mujeres ingresan a clínicas basadas en el modelo de ayuda mutua operado en condiciones de confinamiento. Por lo general, el proceso de rehabilitación se desarrolla a través de acciones que vulneran los derechos humanos de las mujeres. Los protocolos de intervención no toman en cuenta la perspectiva de género. Las experiencias de ingreso de estas mujeres están asociadas con el temor, la incertidumbre, el coraje, la tristeza, el abandono, el aislamiento y la inseguridad por no saber el tiempo que durará su tratamiento. Las internas no reciben atención profesional. La atención médica, psicológica o social es

reemplazada por la asistencia de una «madrina» exadicta. Esta madrina escucha, atiende, soluciona conflictos y aconseja a la interna que lo requiera.

El centro de rehabilitación funciona como las instituciones totales que describía Goffman (2006), esto es, todos los días las internas hacen lo mismo, se acompañan y se apoyan unas a otras. En el centro de rehabilitación, las mujeres asumen roles específicos, se insertan en una dinámica de relaciones jerárquicas impuesta por la institución y realizan actividades que, en apariencia, tienen como fin el bien común. Para las internas, el proceso de rehabilitación es vivido como un «encierro» donde se les da entender que merecen ser castigadas por las decisiones que han tomado. Esta vivencia se refuerza por las condiciones precarias e indignas del espacio en el que se encuentran.

REFERENCIAS

- Caldentey, C., Tirado, M. J., Ferrer, T., Fonseca, C. F., Rossi, P., Mestre-Pintó, J. & Torrens, M. M. (2016). «Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: cribado y prevalencia». *Revista Adicciones*, 29(3), PP.172-179. doi: <<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.738>>
- Castillo, F. I. y Gutierrez, L. A. D. (2008). «Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México». *Revista Salud Mental*, 31(5), 351-359. Recuperado de <<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a3.pdf>>
- Castaños Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Turbet, S. (2007). «Intervención en drogodependencias con enfoque de género». Recuperado de <https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Intervencion_en_drogodependencias_con_enfoque_gen.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2012). «Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.». Recuperado de <http://aamexico.org.mx/Localizacion_cam.html>
- De Souza, M. M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- De Miguel, C. E. M. (2016). «Mujeres consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional». *Revista Política y sociedad*, (53), 2. pp. 529-549. Recuperado de <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/47421-100807-3-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/47421-100807-3-PB%20(4).pdf)>
- Encuesta Nacional del Consumo de Drogas y Alcohol. (2016). Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf>
- Fernández, V. J. (2016). «El Narcotráfico en los altos de Sinaloa (1940-1977)». Tesis Doctoral. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Históricas Sociales.
- Gomez, M. J., Clari, D. E. y Sainz, C. A. (2006). «Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales». *Revista Portularia*, 6(2), 151-163. Recuperado de <<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/523/b1520262.pdf?sequence=1>>
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jarpa, A. C. G., Parra, C. & Escamilla, R. D. (2016). «Historia de vida de mujeres en proceso de rehabilitación de drogas, Chile». *Revista Comini@ccion*, 7(1), 57-73. Recuperado de <<http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v7n1/a03v7n1.pdf>>
- Meneses, C. y Markez, I. (2015). «Uso, mal uso y diferencias de género». Springer International Publishing Suiza. DOI <10.1007/978-3-319-05870-2-14>.
- Mondaca, C. A., Cuamea, M. G. y Payares, M. del C. (2015). «Mujer, cuerpo y consumo en microproducciones de narcocorridos». *Revista científica de comunicación con humanitas*, 6(1), 170-188. Recuperado de <<http://www.comhumanitas.org/index.php/comhumanitas/article/view/201513/pdf>>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2005). *Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito*. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Recuperado de: <https://www.unodc.org/doc/wdr2016/V1604260_Spanish.pdf>
- Miranda-Nova, M. (2012). «Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género». *Revista Dikajon*, 21(2), 337-356. Recuperado de <<http://www.scielo.org.co/pdf/dika/v21n2/v21n2a02.pdf>>
- Martín, F. L., Rivera, G. A., Morandé, L. G. y Salido, E. G. (2000). «Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental». *Clínica y Salud*, 11(4), 231-256. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618250004>>
- Montoya, Z. D. M., Castaño, H. N. y Moreno, C. N. D. (2015). «Enfrentando la ausencia de los padres: recursos psicosociales y construcción del bienestar». *Revista colombiana de ciencias sociales*. (7), 1, PP. 181-2000. Recuperado de <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet->

EnfrentandoLaAusenciaDeLosPadres-5454158%20(1).pdf>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (2014). «Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América Latina y el Caribe». Advocacy for human Rightsthe American (WOLA), Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC), La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). Recuperado de

<<http://www.oas.org/es/cim/docs/womendrugamericas-es.pdf>>

Ortiz, G. P. y Clavero, M. E. (2014). «Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso». *Acta Sociológica*, 63, 121-144. Recuperado de <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0186602814704852>>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2016). Recuperado de <https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf>

Pérez, G. A. y Correa, M. M. (2011). «Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo». *Liberabit: Lima Perú*, 17(2), 211-222. Recuperado de

<<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a10v17n2>>

Pérez del Río, F. y Mestre, G. M. (2013). «Abuso sexual y encarcelamiento. Una aproximación interseccional. Política pública y social, (53), 2. pp. 529-549. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Chile. Recuperado de

<<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2237.pdf>>

Rekalde, A. y Vilches, C. (2003). «Drogas de ocio y perspectiva de género en la C. A. V. España». Dirección de Drogodependencia del Gobierno Vasco. Recuperado de <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1101RECdro.pdf>>

Ruiz, O. J. I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. España: Universidad Deusto.

Rodríguez, S. E. Pérez, V. y Fernández, C. (2017). «Inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial por uso de drogas». *Salud y drogas*, 7(2), 45-56. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83952052005>>

Romo, A. N. (2011). «La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas». *Revista española de drogodependencia*, 35(3), 269-272. Recuperado de <http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_

ed.pdf>

Romo, N. (2010). «Factores socio-culturales que facilitan el uso de alcohol y drogas entre mujeres adolescentes». Monografía de la XIV Jornada de proyecto hombre, 27-29. Recuperado de <<http://www.proyctohombre.es/archivos/130.pdf>>

Romero, M. M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E. y Galván, J. (2010). «Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión». *Revista Salud Mental*, 33(6), 499-506. Recuperado de:

<<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n6/v33n6a4.pdf>>

Solís, R. F. de A. (10 de marzo de 2018). «Aumento de consumo de drogas entre mujeres». *Entre palabras, para una sociedad con criterio*. Recuperado de

<<http://entrepalabras.mx/2018/03/10/aumento-consumo-de-drogas-entre-mujeres/>>

Velázquez, F. J. B. (2016). «"Si yo fuera yo, ya me habría fugado". El Dispositivo de Sanación Pentecostal: experiencia y proyecto de vida de mujeres internas en un centro de rehabilitación». Tijuana: Colegio de la Frontera Norte.

Zamora, S. M. E. (2012). «La Mujer Drogodependiente y los factores de análisis desde el trabajo social: familia, género y la intervención de trabajo social». Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Sinaloa.