



Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México

Women, addiction and rehabilitation: Reflections from the northwestern border of Mexico

Galaviz Granados, Gloria¹

¹Licenciada en Historia.
Doctora en Ciencias Sociales.
Posdoctoranda, El Colegio de
la Frontera Norte, México.
gloria_galaviz@hotmail.com

RESUMEN Desde que la adicción adquirió reconocimiento como enfermedad mental, los estudios relativos al tratamiento y modelos terapéuticos han tendido a centrarse en sus dimensiones psiquiátricas y psicológicas. El objetivo de este artículo es destacar la centralidad de la dimensión social, no solo como potencial detonante de comportamientos adictivos y estigmas sobre ellos, sino como variable que permea también su diagnóstico y tratamiento. Las reflexiones parten del trabajo de campo realizado en centros de rehabilitación para mujeres consumidoras de drogas, en la ciudad fronteriza de Tijuana, al noroeste de México. Los resultados arrojan que los modelos terapéuticos predominantes en la ciudad se basan en el rol tradicional de la mujer y lo reproducen. Se analizan las implicaciones sociales de este hecho, y finalmente se sugiere que esos centros podrían ser igualmente aprovechados en el proceso de construcción de una sociedad con mayor equidad de género.

PALABRAS CLAVES Mujeres; Adicción a Sustancias; Centros de Rehabilitación; Antropología; México.

ABSTRACT Since the recognition of addiction as a mental illness, studies concerning treatment and therapeutic models have tended to focus on its psychiatric and psychological dimensions. The aim of this article is to highlight the centrality of the social dimension, not only as potential trigger of addictive behaviors and of stigma regarding these behaviors, but also as a variable that permeates diagnosis and treatment. The reflections are based on fieldwork carried out in rehabilitation centers for drug-consuming women in the border city of Tijuana, northwestern Mexico. The results show that the predominant therapeutic models in the city are based in and reproduce the traditional role of women. The social implications of this finding are analyzed, and it is suggested that these centers could be better utilized in the process of building a society with greater gender equality.

KEY WORDS Women; Substance Dependence; Rehabilitation Centers; Anthropology; Mexico.

INTRODUCCIÓN: MUJER, ADICCIÓN Y REHABILITACIÓN

A diferencia de otros países (1-3), donde los centros de rehabilitación para personas con un consumo problemático de drogas han sido objeto de estudio de diversas investigaciones, en México es una realidad poco explorada que amerita mayor atención por parte de la comunidad académica. Su estudio resulta particularmente importante en la región fronteriza bajacaliforniana, debido al aumento de consumidores de drogas en la región durante los últimos años (4), a la par del creciente número de centros registrados ante el Estado, bajo el compromiso de atender problemas de adicción (5).

Conscientes de la necesidad de conocer en profundidad las implicaciones sociales de estos hechos, un grupo interdisciplinario e interinstitucional de investigadores inició en 2012 un estudio diagnóstico sobre la oferta terapéutica existente en esa materia, en la región fronteriza de Baja California. En este artículo se muestran los hallazgos y las reflexiones producto del trabajo realizado sobre los centros exclusivos para mujeres, de la ciudad de Tijuana.

El análisis es pertinente por varios motivos. Por un lado, es un sector que ha experimentado un crecimiento importante en las últimas décadas y sobre el que hay escasa información. Según los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), de 2002 a 2008 (6), en México se duplicó el número de mujeres que declararon haber consumido drogas ilegales alguna vez en la vida (de 1 a 1,9%), mientras que en Baja California la cifra registrada en 2008 fue dos veces y medio superior a la nacional, con 5,1%. Aunado a ello, destaca una disparidad de género en la oferta terapéutica regional actual: como se mostrará más adelante, cerca de tres cuartas partes de los centros bajacalifornianos no aceptan el ingreso de mujeres. El análisis de estos centros abona al conocimiento de un fenómeno creciente y poco explorado, y permite visibilizar la centralidad de la dimensión social en el diagnóstico y tratamiento de adicciones. El objetivo del artículo es destacar la importancia y las ventajas que representa tomar en cuenta los factores sociales en los modelos terapéuticos para la proporción de un mejor servicio de salud. Uno de

los factores de mayor peso a tener en cuenta, dado su transversalidad, es el relativo al género (a).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El equipo de investigación está integrado por sociólogos, antropólogos, demógrafos, comunicadores y epidemiólogos de El Colegio de la Frontera Norte, la Universidad Autónoma de Baja California y la Universidad de California, San Diego (8). El material empírico analizado es resultado de un trabajo de campo de un año y medio (desde febrero de 2013 hasta agosto de 2014), realizado en centros de rehabilitación del consumo problemático de drogas para mujeres, en Tijuana.

En el marco de un diplomado impartido por el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), se realizó observación participante en cinco centros para mujeres, de febrero a julio de 2013, y se entrevistó a sus directivos. Además, se realizó trabajo de campo intensivo en dos centros: uno cuyo tratamiento sigue el modelo de Narcóticos Anónimos y otro "cristocéntrico", es decir, con una terapia que gira en torno a la figura de Cristo, al cual nos referiremos como cristiano, o religioso. El trabajo de campo consistió en visitas periódicas a los dos centros (una o dos veces por semana, durante cinco meses), así como un internamiento de una semana en cada uno. Esto permitió una convivencia simultánea con más de 90 mujeres internas, algunas de las cuales han circulado por los centros de la ciudad y del estado de California, en EE.UU., por lo que proporcionaban una visión panorámica de la oferta terapéutica en la región y sus características.

El proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de ética del Colegio de la Frontera Norte. Así mismo, se obtuvo el consentimiento informado de las personas entrevistadas, para efectos de la investigación. Debido a la delicadeza de la información, se mantiene el anonimato de los informantes.

El artículo está dividido en cuatro secciones. En la primera se abordan aristas del diagnóstico y tratamiento de las adicciones, estrechamente relacionadas con factores y problemáticas sociohistóricas. En la segunda parte, después de presentar

un contexto general de los centros estudiados, se hace un análisis de las características del tratamiento empleado, destacando cómo las ideas naturalizadas sobre lo femenino median los modelos de atención. En la tercera sección, se presentan algunas limitantes de los centros de rehabilitación analizados, debido a las características de su tratamiento y de las internas. Finalmente, se propone aprovechar estos centros de rehabilitación para el proceso de construcción de una sociedad con mayor equidad de género.

LO SOCIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ADICCIONES

La adicción, definida y tipificada como enfermedad desde la perspectiva biomédica, es producto del siglo XX (9), lo mismo que el reconocimiento y caracterización social de lo que es un sujeto adicto. Como señaló Ignacio Lewkowick:

...la figura del adicto –más allá de las configuraciones médicas, jurídicas y psíquicas específicamente detectables– es una figura socialmente instituida, es un tipo subjetivo reconocible [...]. La adicción es una instancia reconocible universalmente porque la lógica social en la que se constituyen las subjetividades hace posible –y necesario– ese tipo de prácticas. (10 p.76)

Es decir, más allá de los factores sociales que influyen en una persona para el desarrollo de un comportamiento adictivo, ser diagnosticado clínica y socialmente como adicto, y asumirse como tal, es posible porque las condiciones sociohistóricas configuradas en el siglo XX así lo han permitido. Entre ellas destacan la producción a gran escala y la mundialización del comercio.

Las condiciones configuradas en el siglo XX han permitido a los seres humanos disponer de una amplia gama de productos para consumo y de patrones de relación con ellos. Un tipo de relación consiste en el desarrollo de comportamientos catalogados como negativos o patológicos. En teoría, el carácter patológico del consumo es determinado por los especialistas en salud mental, campo en el que se ha inscrito la adicción (b). Sin embargo,

paralelamente a la perspectiva clínica, existen otras formas de diagnóstico. Dos de ellas, ampliamente difundidas en México, y en Baja California en particular, corresponden a las ofrecidas por grupos de Narcóticos Anónimos y por grupos religiosos, principalmente cristiano-evangélicos.

No obstante la diversidad de oferta terapéutica existente en México, los resultados de una encuesta realizada por el equipo de investigación en el estado de Baja California arrojaron que, de 141 centros de rehabilitación activos contactados al momento de la encuesta (71,5% del total de los centros oficialmente registrados en el estado) (c), el 64,5% prestaba servicios bajo el modelo de Narcóticos Anónimos; el 27% declaró que su terapia estaba orientada por principios explícitamente religiosos, entre los que se destacaban los de corte evangélico; y solo el 8,5% del total ofrecía terapia clínica (12 p. 259-262).

Lo anterior significa que, aunque existe en apariencia una diversidad terapéutica, en la realidad quien solicita un tratamiento para adicciones se encuentra frente a una gama limitada de opciones, al menos en cuanto a diversidad de modelos de atención (d). El espectro se reduce aún más en lo referente al diagnóstico. Las tres alternativas de tratamiento identificadas (clínica, de Narcóticos Anónimos y religiosa) difieren sobre la etiología de la enfermedad y su tratamiento, pero comparten el hecho de diagnosticar la adicción a través de una sintomatología social.

En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el libro de cabecera de los especialistas clínicos, conocido como DSM-IV (13), no se habla de adicción, sino de trastornos relacionados con sustancias, propiciados por abuso o dependencia. Las sustancias incluyen drogas legales e ilegales (e). Se define el trastorno por abuso de sustancias como “un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) [síntomas], durante un período de 12 meses” (13 p.188). Sus síntomas son: a) incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa; b) consumo que pone en riesgo la integridad física de la persona; c) problemas legales repetidos, debido al consumo; d) continuación del consumo, a pesar de tener problemas sociales e interpersonales recurrentes causados o exacerbados por la sustancia ingerida (13 p.188-189).

El trastorno por abuso de sustancias se diferencia del trastorno por dependencia en que en el último se presentan síntomas de tolerancia, abstinencia y compulsión. Estos implican cambios fisiológicos y sociales más pronunciados en la persona, al incrementar progresivamente su capacidad de consumo (tolerancia a la sustancia), presencia de malestares físicos al disminuir o suspenderlo (abstinencia), y la reestructuración de la vida de la persona en torno al proceso de consumo y adquisición de la sustancia en cuestión (compulsión) (13 p.186).

Pese a las diferencias etiológicas, los síntomas identificados en el DSM-IV guardan similitud con los criterios usados por grupos de Narcóticos Anónimos y religiosos para diagnosticar a una persona como adicta. En estos últimos, también se considera al adicto como aquel cuyo consumo genera problemas sociales e interpersonales. Un consumo problemático implica la pérdida de control sobre la sustancia consumida, ocasionando la omisión de responsabilidades tanto individuales (cuidado personal), como sociales (asistencia y manutención de la familia, trabajo, escuela, etc.).

El cuadro sintomatológico descrito sirve de guía a los especialistas de cada modelo para identificar posibles casos de adicción. Sin embargo, a diferencia de otros trastornos mentales diagnosticados a partir de síntomas sociales, sobre la "adicción" pesan una serie de prejuicios fuertemente arraigados en la sociedad occidental, sobre todo cuando involucra el uso de drogas (14-16). Se trata de estereotipos sociales constantemente reforzados por una política prohibicionista frente a las drogas, que criminaliza tanto al vendedor como al consumidor (17). Se requiere de un verdadero esfuerzo consciente y constante para tener una visión crítica sobre las políticas de estado en la materia.

Al ser una enfermedad fuertemente estereotipada y estigmatizada, la subjetividad de quien diagnostica juega un papel central. Cabe preguntarse, por ejemplo, si los problemas sociales identificados en la persona "adicta" se deben al patrón de consumo, o si guardan relación con estigmas y prejuicios sobre el consumo de drogas del especialista que diagnostica. ¿Varían los parámetros de diagnóstico entre un hombre y una mujer, o entre un adulto y un adolescente?

Si se admite lo anterior, es evidente que el diagnóstico de una adicción corre el riesgo de ser

mucho más subjetivo que el de otro tipo de padecimientos de salud y, por ello, es imprescindible que los especialistas de cualquier modelo terapéutico estén atentos a la forma en que su diagnóstico se relaciona con sus propios referentes y prejuicios sociales.

Esta problemática no es nueva. En EE.UU., por ejemplo, desde la década de 1970 se ha impulsado el llamado "modelo de competencia cultural", abocado a sensibilizar y capacitar al personal que trabaja en instituciones de salud sobre las diferencias culturales de la población atendida, para que estas sean reconocidas y tomadas en cuenta al ofrecer sus servicios (18). Por su parte, en las ciencias sociales se ha señalado la necesidad de analizar el fenómeno desde una perspectiva amplia que involucre el devenir histórico y social de largo alcance (14,16,19).

Aunque la importancia de la dimensión sociocultural en la comprensión y el tratamiento de las adicciones no es un debate nuevo en círculos clínicos y académicos, sí sigue siendo una dimensión poco incorporada por los especialistas, quienes tienden a privilegiar la dimensión médica y psicológica del padecimiento (19 p.172), limitando la influencia social al contexto familiar (sobre todo a la llamada "desintegración familiar") y socioeconómico (generalmente de pobreza). Y raras veces existe un autoanálisis por parte de los especialistas sobre cómo el diagnóstico emitido puede estar mediado por su propia formación y (pre)juicios sociales.

Un factor central, sobre el que es necesario generar mayor conciencia, es la importancia del género. Si bien la adicción no tiene género en sí misma, este factor sí influye en la forma en que las personas inician y enfrentan la adicción, tanto en lo social como en lo terapéutico (16,19-21). Esto es más evidente cuando la sustancia consumida es alguna droga, legal o ilegal, pues los parámetros y estigmas sociales son diferentes si se trata de una mujer, un hombre o una persona homosexual (15,19,20). Conscientemente o no, el género interviene al momento de realizar un juicio social y terapéutico.

En México todavía hay mucho camino por recorrer en esta materia. Sigue habiendo necesidad de estudios que den cuenta de la importancia de considerar las diferencias de género en esta materia. En las páginas siguientes se describe la forma

en que ciertas ideas naturalizadas sobre el rol social de la mujer orientan los modelos terapéuticos en centros de rehabilitación exclusivos para mujeres en Tijuana, Baja California, para luego analizar las implicancias de esa realidad. El objetivo es hacer visible cómo en una realidad concreta la ausencia de una perspectiva social consciente sobre el fenómeno, y sobre todo de género, puede significar un traspie terapéutico. La apuesta es que la visibilización de esta realidad coadyuve a la comprensión del fenómeno y al mejoramiento de los tratamientos ofertados.

LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA MUJERES EN BAJA CALIFORNIA

Según el Directorio Estatal de Establecimientos Especializados en Tratamiento de Adicciones, el estado de Baja California cuenta con 197 centros de rehabilitación para consumidores de drogas (Cuadro 1).

El primer centro de rehabilitación exclusivo para mujeres del estado se fundó en el verano del 2002, en Tijuana, por iniciativa de una mujer que en su relación con esa realidad solo encontró centros de Narcóticos Anónimos mixtos. La fundadora consideraba que el trato a las mujeres en los centros mixtos no era el adecuado, destacando actividades denigrantes hacia ellas, así como

la formación de relaciones amorosas que desviaban la atención de las personas internas sobre el propósito del internamiento. Estas razones influyeron en su decisión de abrir un centro de Narcóticos Anónimos, atendido por y para mujeres, exclusivamente.

De entonces a la fecha, se han abierto en el estado más de una docena de centros exclusivos para mujeres, los cuales corresponden a centros de rehabilitación que operan bajo el modelo de Narcóticos Anónimos y, en segundo lugar, los que se declaran abiertamente cristianos (12). Dada su preeminencia, el análisis siguiente se centrará en estos dos tipos de centros.

Cada centro tiene su propio sello o sus particularidades, siendo difícil establecer generalizaciones. No obstante, existen patrones comunes tanto en el perfil de las mujeres que ingresan, como en el papel que juega el género en el modelo de atención. A continuación, nos centraremos en los elementos comunes identificados en los centros de rehabilitación visitados en la ciudad de Tijuana. Posteriormente, analizaremos las diferencias entre los centros de rehabilitación de Narcóticos Anónimos y los religiosos.

El perfil de las internas va desde mujeres con una larga trayectoria de consumo y en condiciones de salud física, mental y emocional seriamente deterioradas, hasta quienes solo han tenido un consumo ocasional de sustancias, principalmente marihuana. Se identificó incluso el caso de

Cuadro 1. Centros de rehabilitación para consumidores de drogas registrados en Baja California, por municipio, según población admitida, 2013.

Municipio	Hombres	Ambos	Mujeres	Total
Tijuana	73	7	8	88
Mexicali	34	14	1	49
Ensenada	37	5	5	47
Tecate	5	2	0	7
Rosarito	5	1	0	6
Total del estado	154	29	14	197

Fuente: Elaboración propia con base en el Directorio Estatal de Establecimientos Especializados en Tratamiento de Adicciones, elaborado por el Consejo estatal contra las adicciones, dependiente del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), julio de 2013 (22).

menores de edad que nunca habían consumido drogas, pero que al ser hostiles a figuras de autoridad fueron internadas por sus familiares, esperando que con la disciplina del establecimiento se previniera la aparición de un consumo problemático. Este hecho es importante, pues significa que mujeres que no presentan un comportamiento adictivo claro son sometidas a un tratamiento terapéutico para tales fines.

No obstante la existencia de mujeres con poco o nulo historial de consumo, debido al bajo costo (de 1.000 a 1.500 pesos mensuales) o gratuidad del tratamiento que caracteriza a gran parte de los centros, a ellos ingresan mayoritariamente mujeres adultas de escasos recursos, o que viviendo en situación de calle fueron llevadas por policías o civiles. Dos centros religiosos manifestaron que su principal estrategia de captación es el reclutamiento realizado por predicadores cristianos en zonas de alta marginación, motivando el ingreso mediante alicientes como recibir asesoría para recuperar a sus hijos ante la pérdida de la patria potestad.

Respecto a las características del tratamiento, en los dos tipos de centros de rehabilitación se exige un internamiento mínimo de tres a seis meses. Es legal ingresar a alguien contra su voluntad (23), sean menores de edad, por petición de sus padres o tutores, o bien adultos, previa notificación de los familiares al ministerio público. Se asume que la persona ingresada no está en condiciones de decidir por sí misma.

Durante el internamiento no están autorizadas a salir, a menos que los directivos les permitan participar en actividades familiares, laborales o vinculadas a los centros, fuera de las instalaciones, esto solo después de demostrar ser dignas de confianza; de lo contrario, la única posibilidad de salir es la fuga. Por esa razón las instalaciones cuentan con cercos y bardas que varían en su nivel de seguridad, así como con guardias que custodian las puertas de los establecimientos y que reprenden a las internas cuando infringen el reglamento. A medida que las internas se ganan la confianza de guardias y directivos, se les van confiando tareas y responsabilidades mayores dentro del centro, que van desde la coordinación de alguna actividad, hasta convertirse en guardias. Así se las insta a desempeñar roles dentro de los nuevos círculos sociales a los que se pretende que se incorporen al término del internamiento.

Dentro de los centros, las mujeres tienen una rutina de actividades diarias con horarios específicos. Por lo general, inician el día entre las cinco y media y las seis de la mañana, y concluyen entre las ocho y las nueve de la noche. Las actividades incluyen labores de higiene personal y de las instalaciones (aproximadamente de dos a tres horas diarias), alimentación (tres horas diarias), charlas grupales (de 5 a 6 horas diarias), y actividades periódicas a cargo de grupos visitantes con fines diversos, entre ellos, llevar algún mensaje orientado a estimular la rehabilitación, ya sea a través de la música, la convivencia, o de charlas informativas (con una periodicidad y duración variable). Solo los domingos se acepta la visita familiar, y ocasionalmente reciben terapia psicológica. A menos que se programe alguna actividad de terapia ocupacional, deportiva, o las visite algún grupo de apoyo, el resto (aproximadamente cuatro horas diarias) es tiempo libre para las internas, distribuido a lo largo del día.

La atención psicológica en los centros es intermitente por varios factores. Por un lado, la falta de recursos para contratar psicólogos de planta; por otro, sus diferencias con el modelo clínico, sobre todo en lo que se refiere a la recaída y al uso de medicamentos en el proceso de desintoxicación. En los centros, se considera dañino el empleo de medicamentos, y se los concibe como un sustituto de la droga y no como el cese definitivo de su consumo. Respecto al concepto de recaída, desde la perspectiva clínica, consiste en volver a consumir en forma repetida y descontrolada, pero dentro de los centros de Narcóticos Anónimos y religiosos, significa volver a consumir, así sea por una sola ocasión, y se cataloga una falta sumamente grave que se sanciona fuertemente aunque lleven sobrias un mes, un año o una década.

Por diferencias de este tipo, algunos directivos no consideran indispensable la intervención clínica-psicológica. Constantemente argumentan que valoran el conocimiento de los psicólogos y psiquiatras, pero que sus estudios universitarios no se comparan con sus conocimientos, adquiridos por experiencia propia. Su modelo terapéutico se basa en ayuda mutua, efectuado mediante charlas y reuniones. Escuchar y compartir es la base del tratamiento.

En los centros de Narcóticos Anónimos se dedican entre cinco y seis horas diarias, en total, a

tres reuniones obligatorias. Las charlas se apoyan en bibliografía de Narcóticos Anónimos (24), y en las historias y experiencias de rehabilitación del personal que guía el proceso. La primera se realiza al despertar, por espacio de una hora, en la que las internas expresan las emociones con que inician el día. La segunda consiste en la lectura y reflexión guiada del libro *Solo por hoy*, de Narcóticos Anónimos (25). La tercera y última reunión, de dos horas, es llamada “tribuna”, en la que dos o tres internas comparten un fragmento de su historia, a manera de testimonio.

Por su parte, las actividades en los centros religiosos se enfocan en el estudio de la Biblia, la oración y la asistencia a servicios religiosos. En el centro en el que se realizó el trabajo de campo se dedicaba alrededor de cinco horas diarias a reuniones de este tipo. Al despertar, dedicaban media hora a la oración individual; luego, dos horas de reflexión al libro de Proverbios y alabanza a través de cantos; al mediodía, dedicaban una hora al estudio bíblico y, cuando llegaba algún grupo religioso visitante para ofrecer a las internas algún tema evangélico, la reunión podía durar dos horas o más. Además de ello, a lo largo del día, las internas memorizan versículos bíblicos nuevos. Es obligatorio recitar un versículo para tener derecho a comer.

Como se puede observar, la mayor parte del día es invertido en charlas grupales, cuya dinámica varía, aunque no su propósito. Cada actividad está orientada a influir y transformar la percepción e

interpretación (subjetividad) de las internas sobre su enfermedad, así como a promover la configuración de nuevas redes sociales y de identificación propia (identidad).

En ambos casos, la identidad fomentada implica la asunción y reproducción de los roles tradicionales de género. En la mayor parte de los centros de rehabilitación, el ideal de mujer propuesto para la rehabilitación va de la mano del modelo de mujer virtuosa descrito en la Biblia, en el libro de Proverbios. Ester Espinoza (26) lo sintetiza muy bien, junto con su opuesto, el de la “mujer mala” o “ramera” (Cuadro 2).

Aunque los centros de Narcóticos Anónimos no se rigen por un grupo religioso específico, sí están fuertemente influenciados por una religiosidad y moral cristiana, derivada de las visitas regulares de grupos religiosos a los centros de rehabilitación, consideradas útiles al fomentar la relación con un poder superior. Si bien el comportamiento real de internas y dirigentes dista mucho del ideal propuesto, sí se fomenta la adopción de un comportamiento “decente”, acorde con la voluntad de Dios.

El propósito de los centros de rehabilitación estudiados es, pues, convertir al sujeto femenino desviado y orientarlo hacia el ideal social de mujer. Se procura que, mediante el autocontrol y el don de servicio a los otros, la mujer deje de consumir y recobre su funcionalidad social, dos de los problemas principales asociados a la adicción. Gran

Cuadro 2. La buena mujer versus la mala mujer.

La buena mujer: la mujer virtuosa	La mala mujer: la mujer ramera
Se puede confiar en ella, se sujeta a su marido y lo respeta, lo ama, al igual que a sus hijos; es casta y fiel.	Es infiel y adúltera.
Es trabajadora, se esfuerza, produce ganancias, es previsora y frugal; cuida de su casa.	Es callejera, no puede estar en casa.
Es elemente y dadivosa, honesta y no calumniadora; realiza buenas obras.	Es rencillosa, iracunda y mentirosa, halaga con sus palabras pero su fin es amargo, tiene blanda la lengua.
Es sabia y teme a Dios.	Es astuta de corazón, necia, insensata, simple e ignorante.
Se viste con decoro, pudor y modestia.	Es seductora y vanidosa, se atavía, adorna y perfuma; reduce al hombre a un bocado de pan.
Aprende en silencio y es sobria y prudente; de corazón incorruptible y espíritu apacible y afable.	Es alborotadora, sale al encuentro de los hombres, busca llamar la atención.

Fuente: Espinoza (26 p.90).

parte de las actividades y charlas están dirigidas a concientizarlas sobre la importancia de su ser como madres, esposas e hijas. Se motiva la rehabilitación mediante el recordatorio (reforzamiento) constante de la necesidad que tienen en casa de su presencia y trabajo. Así, se espera que la mujer abandone tanto el consumo de sustancias, como las prácticas sociales que dificultan su interacción con los otros.

Esta estrategia de rehabilitación refleja claramente la característica relacional del género. Ser mujer solo es posible en relación con los otros, no solo hombres, sino todos aquellos que desempeñan un rol en su vida (padres, hijos, hermanos) y que, a su vez, le permiten desplegar y vivir el suyo. En el caso de la mujer, el servicio a los otros privilegia el ámbito del hogar y las tareas relacionadas con el ser madres y esposas mientras que, para los hombres, el servicio a los otros está orientado al servicio de los otros pares, fuera de casa, en especial aquellos que padecen la misma enfermedad (27). Esto explica, en parte, la proliferación en el estado de centros de rehabilitación para hombres "más proclives" a la vocación del servicio público que los de las mujeres.

En conjunto, se puede decir que, en ambos tipos de centros, el proceso de rehabilitación fomenta la interiorización de una identidad personal y grupal, con el fin de modificar los patrones de consumo e influenciar la construcción de un plan de vida a seguir, posterior al internamiento, y acorde con la identidad propuesta en el tratamiento. En el caso de los centros de Narcóticos Anónimos, se espera que la interna se reconozca y acepte como adicta, sobre la base de que dicha identidad la acompañará hasta el final de su vida, ya que se considera una enfermedad crónica que no tiene cura, solo contención. En el caso de los centros con vocación cristiana, se espera que la persona acepte y profese la doctrina del centro, generalmente cristiana evangélica, y que se congregate en alguna iglesia al término de su internamiento. En ambos casos, esa nueva identidad inicia con la asunción de su rol como mujer y, en la medida en que lo acepta y lo asume, se abre la posibilidad de integrarse al círculo en el que se está formando.

La rigidez del perfil/rol de la mujer fomentado desde los centros es variable. Hay centros de rehabilitación en los que este rol se muestra bastante flexible, aceptando incluso la vivencia de

relaciones lésbicas al interior de ellos. Otros, en cambio, toman como parte del proceso de rehabilitación el recobrar la feminidad a través del cuidado estético. En esos casos, es obligatorio para las internas dejarse el cabello largo, maquillarse y vestirse de acuerdo a lo que se considera socialmente correcto en una mujer.

La principal diferencia entre los centros de Narcóticos Anónimos y los religiosos se sitúa en la libertad de interpretación y performance que tienen las internas respecto a la información/formación recibida durante el periodo de internamiento.

En los centros de Narcóticos Anónimos se controla principalmente la información que reciben las internas, pero no se pone especial cuidado en el resultado de las interpretaciones derivadas, siempre y cuando coadyuven a detener el consumo de drogas. Por su parte, en los centros religiosos existe un control sobre la información que reciben las internas, pero también sobre la forma en la que ellas se apropian de esa información, esforzándose por reducir el margen de interpretación (libertad). En este sentido, encontramos que cuanto más religioso es el perfil del centro de rehabilitación, el modelo terapéutico tiende a ser más totalizante en términos sociales, es decir, se procura influir con mayor decisión en todas las dimensiones sociales de las internas, en especial en su subjetividad y proyección a futuro.

Mientras en los centros de rehabilitación de Narcóticos Anónimos el esfuerzo está centrado en que las mujeres asimilen información y experiencias que las ayuden a mantenerse sobrias y con una vida social funcional, luego del internamiento, en los centros religiosos no solo se propone un modelo de feminidad para recobrar la sobriedad y funcionalidad social, sino un plan de salvación concreto, como ocurre en cualquier iglesia cristiana. La diferencia, en este caso, es que la lógica de funcionamiento de los centros de rehabilitación otorga a los directivos mecanismos de control mayores para catalizar procesos de conversión religiosa.

El proyecto de investigación no contempló evaluar la efectividad de los modelos de atención analizados. Sin embargo, fue posible identificar mujeres capaces de transformar patrones de consumo a partir del ingreso en centros de rehabilitación tanto religiosos como de Narcóticos Anónimos. Los casos de rehabilitación considerados exitosos por

los propios directivos son aquellos en los que se logró la supresión del consumo de drogas por periodos prolongados (seis meses o más), así como la construcción de nuevos proyectos de vida, acordes con la identidad fomentada en cada centro. Tales casos –narrados constantemente a manera de testimonio– suelen vincularse a internamientos prolongados, junto con la permanencia de la mujer en el círculo de relaciones sociales asociado al circuito del centro y, en un segundo momento, a las comunidades de referencia.

En esa perspectiva se comprende el trabajo y efectividad de los centros de rehabilitación, pero también los dilemas que enfrentan sus directivos e internas al tratar de poner en marcha los planes y dispositivos creados para la rehabilitación.

FACTORES ADVERSOS AL PROCESO DE REHABILITACIÓN PROPUESTO

Los directivos de los centros se enfrentan a una serie de dificultades para lograr la rehabilitación de las internas a partir del método propuesto. El primer problema que encontramos es que cuanto más rígido es el modelo terapéutico, más se reduce su margen de impacto en las internas. La paradoja de los tratamientos en los centros de rehabilitación es que aquello que le da su efectividad es lo mismo que obstaculiza su seguimiento por un número más amplio de mujeres, esto es, la clara direccionalidad de las creencias y acciones que deben asimilar y practicar las mujeres para su rehabilitación. La propuesta resulta efectiva para quienes logran asimilarla, interiorizarla y realizarla, pero se convierte en problemática para quienes no la aceptan, o incluso aceptándola, tienen dificultades para ponerla en práctica.

Otro problema es la gran rotación de población en los centros. La mayor parte de las mujeres no cumple con el periodo mínimo de internamiento. Los motivos apuntan a cuestiones de género, por ejemplo la exigencia de los familiares para que asuman sus responsabilidades con los hijos y la pareja; otras se fugan o solicitan su salida aludiendo a la necesidad que experimentan de “estar con un hombre”.

Nuestra hipótesis es que el modelo de mujer que se proponen formar en los centros contrasta

fuertemente con el estilo de vida de las mujeres internadas, además de ser una forma diferente de procesar sus experiencias de vida, siendo difícil incorporarla a su cotidianidad por ser tan distinta a las condiciones en las que se ha desarrollado su vida previa al internamiento y a las que regresarán terminado ese periodo.

Aunque el grado de vulnerabilidad y marginalidad de los contextos de procedencia varían, en general las internas comparten trayectorias de vida económica, social y emocionalmente problemáticas y carecen de recursos formales para afrontarlas. Estas características las han llevado a aprender, adoptar y desarrollar prácticas al margen de lo permitido socialmente, sirviéndoles de herramientas para subsistir en las situaciones de riesgo y precariedad que viven. En este sentido, sus experiencias de vida se han construido fuera de los parámetros sociales aceptados, incluso legales, y vinculadas a decisiones azarosas, no dirigidas o apegadas a un proyecto claro y definido por metas a alcanzar. En otras palabras, sus acciones no están orientadas a fines específicos a mediano o largo plazo, como se propone en los modelos terapéuticos descritos, sino que responden a motivaciones, intereses y posibilidades más inmediatas al momento en el que son efectuadas. Si a este perfil se suma un ingreso forzado y breve al centro en cuestión, las probabilidades de que el tratamiento sea eficaz –en el sentido de modificación de patrones de consumo– son escasas. El éxito del modelo religioso en internas con este perfil puede ser menor, pues presentan dificultades para seguir una experiencia normativa y apegada en forma estricta a la moral cristiana.

Lo que se observa es un uso particular e individualizado de los principios captados, que va más allá de la conveniencia estratégica para la supervivencia. Se aprecia una incorporación (apropiación) de los discursos a la vida cotidiana, pero en sus propias formas de procesar la experiencia. Por ejemplo, una interna de un centro de Narcóticos Anónimos, ex devota de la Santa Muerte, al escuchar decir a un líder cristiano visitante que el solo nombrarla equivalía a invocar al mal, se angustiaba al pensar que podría perder el autocontrol y atraer involuntariamente el mal sobre sí al mencionarla, por lo que vigilaba y corregía constantemente su hablar. Pero la misma interna, después de participar también de varias

sesiones en las que ese mismo grupo cristiano habló sobre la prostitución como una actividad contraria a la voluntad de Dios, no tenía conflictos en continuar considerando tal actividad como una opción de vida al egreso del centro porque, según sus propios argumentos, constituye una forma de subsistencia común en su ambiente y circunstancia de vida.

La experiencia de esta mujer hace visible que el modelo de feminidad fomentado desde los centros contrasta con el tipo de feminidad que algunas de ellas han vivido. Frente a los discursos constantemente repetidos, algunas sienten culpa al ver que no han encarnado a la mujer de bien que se esperaba que fueran. Otras, por su parte, no están interesadas en apegarse al modelo de feminidad propuesto y consideran seguir viviendo conforme al modelo anterior a su ingreso.

El ejemplo descrito permite observar también cómo el cuerpo es a la vez el recurso por el que se obtiene la droga y el receptor de sus efectos. Asimismo, por la relación que desarrollan con su cuerpo, el consumo de drogas es severamente sancionado desde la espiritualidad cristiana, pues no solo las sitúa fuera del ideal de mujer, sino como pecadoras al atentar contra lo que se considera el templo del espíritu santo: el cuerpo. Pero rechazar como herramienta aquello que va contra la lógica cristiana es privarse de recursos ante situaciones de riesgo y precariedad a las que son constantemente expuestas.

En resumen, los procesos de rehabilitación y el estereotipo de mujer que los guía y que pretende inculcarse a las internas en aras de su recuperación, resultan útiles para aquellas que logran interiorizarlos y recobrar la sobriedad y funcionalidad social a través de ellos. Pero, para otras, resultan poco factibles de llevar a la práctica debido, en parte, a que las circunstancias de vida a las que se incorporan con posterioridad a su internación dificultan su seguimiento, por lo que finalmente resulta una estrategia de rehabilitación efectiva solo para una mínima parte de las internas.

REFLEXIONES FINALES

A través de sus modelos de rehabilitación, los centros de rehabilitación existentes en el estado

reproducen los roles y estigmas sobre la adicción asociados a los géneros. Asimismo, el rol de mujer a través del cual se pretende reintegrar a las internas a su funcionalidad social contrasta con los esfuerzos internacionales, asumidos por el Estado mexicano, para promover la equidad de género (7). Tomando en cuenta que el gobierno estatal destina recursos para apoyar, parcialmente, el trabajo de estos centros, notamos una abierta contradicción en sus acciones pues, por un lado, el Estado está comprometido con proyectos de equidad de género y, por otro, financia proyectos que reifican el rol tradicional de la mujer, con sus subsecuentes desigualdades. Este último es el verdadero problema, sobre todo si no abre el horizonte de la mujer a la posibilidad de recobrar su funcionalidad social fuera de esos roles tradicionales. Esto es más claro en los centros cristianos, en los que el único modelo de feminidad legitimado es el bíblico, bajo la interpretación evangélica.

Las características de los centros de rehabilitación obedecen a un vacío/necesidad social generalizada: la de sensibilizarnos ante la importancia de las diferencias de género que definen y guían gran parte de nuestro actuar como seres sociales, y las desigualdades que se derivan de ello. Es decir, no se puede responsabilizar directamente a los dirigentes de los centros analizados, toda vez que sus acciones y omisiones corresponden a un patrón social tan arraigado, que dificulta su visibilización y transformación.

Cambiar esa inercia social requiere un trabajo consciente encaminado a tal fin, y es factible que los centros de rehabilitación, que actualmente juegan un papel reproductor del rol tradicional de la mujer, puedan servir para que las mujeres que ingresan a ellos tomen conciencia de las disparidades sociales a las que son susceptibles por su condición de género, y que ello les sirva de herramienta para comprender sus circunstancias presentes y pasadas, tomar decisiones, y en última instancia, tener una vida más plena.

A partir del proceso regulatorio emprendido por el Estado desde el año 2000, a través de la NOM 028 (23), gran parte de los dirigentes de los centros de rehabilitación han demostrado voluntad para colaborar con el Estado, en aras de mejorar su servicio. Tal disposición podría ser utilizada como una plataforma para la concientización de la equidad de género del personal dirigente y laboral

en los centros, lo cual podría repercutir en los procesos terapéuticos empleados. Para ello, podría aprovecharse el proceso de profesionalización ya emprendido por el Estado, actualmente centrado en lograr que los trabajadores y directivos conozcan y asimilen la adicción como una enfermedad desde la perspectiva biomédica (12).

Es claro que no solo los directivos de los centros de rehabilitación necesitan sensibilizarse y tomar el género como un factor de análisis importante. Los funcionarios de gobierno que trabajan con ellos también lo necesitan. Como lo señala Maier (7 p.226-224), los funcionarios públicos en

Baja California muestran una escasa conciencia de la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el diseño y la operacionalización de sus acciones. Es necesario, pues, que tanto el personal de gobierno, como el de la sociedad civil, encargados de los centros de rehabilitación del Estado, tomen conciencia de los estereotipos y estigmas que impregnan el fenómeno de la adicción en la mujer, para poder construir mejores modelos terapéuticos y, en la medida de lo posible, colaborar en el proceso de transformación de las desigualdades de género en nuestra sociedad.

NOTAS FINALES

a. Se entiende por género una categoría construida en la articulación de dos aspectos entrelazados, interventores en la construcción de las identidades masculinas y femeninas: las interpretaciones culturales sobre las diferencias biológicas de los cuerpos, es decir, el sexo; y las relaciones de poder que organizan tales diferencias. "Así, género es una categoría relacional que remite a una división sexual de trabajo histórica y culturalmente flexible, siendo amparado por complejos procesos culturales, sociales, económicos y políticos que transforman las diferencias biológicas en desigualdades sociales" (7 p.212).

b. Según la Organización Mundial de la Salud, la adicción a las drogas o alcohol se conceptualiza como un "consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia [...]. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona" (11 p.13). Actualmente se propone el término dependencia, por considerarse más afín a la realidad estudiada (10 p.11), pero el término más empleado por la población sigue siendo adicción. En este artículo conservamos el concepto de adicción, por ser el utilizado en los centros estudiados para referirse al padecimiento que atienden.

c. Se llamó a todos los centros registrados por el Estado (197), pero solo se obtuvo información precisa de 141 debido, principalmente, a que los números telefónicos de los centros no contactados habían sido cambiados, nunca respondieron la llamada, o la persona que contestó declinó participar en la encuesta.

d. Que la oferta terapéutica en Baja California esté dominada por dos modelos terapéuticos que privilegian principios espirituales y religiosos para la recuperación reduce drásticamente las posibilidades de atención para personas no creyentes en una divinidad o poder superior o que, aún creyendo, prefieren alternativas reales de otro tipo. En este sentido, si bien no se detectaron violaciones a los derechos humanos de las comúnmente señaladas en medios periodísticos, como maltrato físico, el hecho de que más del 90% de los centros de rehabilitación en el estado ofrezcan un tratamiento de base espiritual o religiosa, indirectamente viola el derecho de la población de acceder a una oferta terapéutica secular. Es un aspecto sumamente importante que amerita un estudio y discusión en profundidad, y que excede los límites de este artículo, pero es necesario al menos señalarlo. Sus implicancias han sido abordadas parcialmente en un artículo previo (12).

e. Droga, en medicina, "se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos [...]. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales" (11 p.33).

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a través del proyecto No. 166635, y el otorgamiento de una beca posdoctoral. Asimismo, expreso mi gratitud a la Dra. Olga Odgers, por sus atinados comentarios al borrador del artículo y a todos los directivos de los centros e internas que accedieron a ser parte de este proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van der Meer Z, Nappo SA. Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. *Social Science & Medicine*. 2008;67(4):638-646.
2. Hood D. *Addiction treatment: Comparing religion and science in application*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2011.
3. Vederhus J, Laudet A, Kristensen Ø, Clausen T. Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: comparing Norway to the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2012;39(3):210-217.
4. Salazar I. *El consumo de drogas ilegales en Baja California: Una perspectiva desde los determinantes de salud [Tesis de Maestría]*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte; 1997.
5. González P. *Diagnóstico situacional de los organismos de rehabilitación de adictos a drogas en Baja California*. Mexicali: IIS-UABC; 2001.
6. Comisión Nacional contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
7. Maier E. *Diagnóstico de conocimiento, actitudes y estrategias de equidad de género en servidoras y servidores públicos de primer nivel en Baja California*. Frontera Norte. 2011;23(46):211-223.
8. *Oferta terapéutica religiosa en los Centros evangélicos de rehabilitación para farmacodependientes, Proyecto Conacyt 166635 [Internet]*. 2014 [citado 18 oct 2014]. Disponible en: <http://proyecto166635.wix.com/166635>.
9. Torres MA, coordinador. *Historia de las adicciones en la España contemporánea [Internet]*. España: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2008 [citado 20 oct 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/eU85ix>.
10. Lewkowicz I. *Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial históricamente instituido*. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo [Internet]*. 1998 [citado 18 oct 2014];21(1):69-89. Disponible en: <http://goo.gl/3kanID>.
11. Organización Mundial de la Salud. *Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 1994 [citado 29 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/u90y3p>.
12. Galaviz G, Odgers O. *Estado laico y alternativas terapéuticas religiosas: El caso de México en el tratamiento de adicciones*. *Debates do NER*. 2014;(26):253-276.
13. American Psychiatric Association of Washington. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]*. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica, Departamento de Informática Médica; 1995 [citado 25 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/c1bqMA>.
14. Garrido F. *La droga como figura contemporánea del mal*. *Gazeta de Antropología [Internet]*. 1999 [citado 15 mar 2014];15(2). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7525>.
15. Paris MD, Pérez L, Medrano G. *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; 2009.
16. Marulanda MC. *Un siglo de la política prohibicionista de las drogas*. *Revista Flora Capital [Internet]*. 2011 [citado 12 mar 2015];11(1):87-105. Disponible en: <http://goo.gl/eG1gbB>.
17. Dana R, Aragon M, Kramer T. *Culturally Competent California Mental Health Services: Model and Example [Internet]*. Portland: Regional Research Institute for Human Services Publications; 2000 [citado 28 feb 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/Rr0kEF>.
18. Romo N. *La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas*. *Revista Española de Drogodependencias [Internet]*. 2010 [citado 10 mar 2015];35(3):269-272. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/22304>.
19. Blanco P, Sirvent C, Palacios L. *Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas*. *Salud y Drogas [Internet]*. 2005 [citado 30

sep 2014];5:81-97. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83905205>.

20. Jáuregui I. Una perspectiva cultural de la adicción. *Gazeta de Antropología* [Internet]. 2002 [citado 1 mar 2015];18. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7394>.

21. Castillo PI, Gutiérrez AD. Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental* [Internet]. 2008 [citado 20 feb 2015];31(5):351-359. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231502>.

22. Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California. Directorio estatal de establecimientos especializados en tratamiento de adicciones. Mexicali: IPEBC; 2012.

23. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y

control de las adicciones. *Diario oficial de la Federación*. México: Segob, Primera sección, 21 de agosto de 2009.

24. Narcóticos Anónimos. *Narcóticos Anónimos* [Internet]. 6a ed. California: Narcotics Anonymous World Services; 1991 [citado 20 feb 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/C2lhnl>.

25. Narcóticos Anónimos. *Sólo por hoy*. 6a ed. California: Narcotics Anonymous World Service; 1991.

26. Espinoza E. Más que Evas y Marías: discursos y prácticas de feminidad en la Primera Iglesia Apostólica de la Fe en Cristo Jesús en Tijuana [Tesis de Maestría]. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte; 2014.

27. García E. Renacer por la palabra: Identidad narrativa y experiencia espiritual de exadictos en centros de rehabilitación evangélicos en Tijuana, Baja California [Tesis de Maestría]. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte; 2014.

FORMA DE CITAR

Galaviz Granados G. Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*. 2015;11(3):367-379.

Recibido: 29 de octubre de 2014 | Versión final: 23 de marzo de 2015 | Aprobado: 6 de abril de 2015



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.722>