

MUJER, MADRE Y ADICTA. BRUTALIDADES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LAS FRONTERAS CONTEMPORÁNEAS¹

DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.n33.03>

LILIAN PAOLA OVALLE²

Orcid ID: orcid.org/0000-0002-9623-4551

Universidad Autónoma de Baja California, Ensenada, México

paola.ovalle@uabc.edu.mx

ALFONSO DÍAZ TOVAR³

ORCID ID: orcid.org/0000-0001-5989-975X

Universidad Nacional Autónoma de México

alfonsodiazt@gmail.com

LOURDES ANGULO⁴

Fundación Verter A.C. Mexicali, México

langulo@verter.org.mx

Cómo citar este artículo: Ovalle, L. P., Díaz Tovar, A. & Angulo, L. (2020). Mujer, madre y adicta. Brutalidades físicas y psicológicas de las fronteras contemporáneas. *Tabula Rasa*, 33, 55-79. DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.n33.03>

Recibido: 07 de julio de 2018

Aceptado: 26 de agosto de 2018

Resumen:

Este artículo es el resultado de un extenso trabajo etnográfico y de acompañamiento a mujeres usuarias de drogas inyectables (MUDI) en la ciudad fronteriza de Mexicali, Baja California. La reflexión teórica sobre las brutalidades físicas y psicológicas de las fronteras contemporáneas se sitúa en la presentación de un caso concreto: el de Marisol, ofreciendo datos etnográficos que permitan al lector sentir y reflexionar sobre dichas fronteras e intuir la forma en que éstas aplastan e inmovilizan a los eslabones más vulnerables de nuestra socialidad. El caso de Marisol no es para nada un caso aislado, es una narrativa que se repite en la que se hacen evidentes las formas simbólicas, materiales y cotidianas de

¹ Este artículo es producto de la investigación realizada por lxs autorxs titulada «El impacto de las políticas de drogas en las mujeres y sus hijos», llevada a cabo en vinculación entre la Universidad Autónoma de Baja California y Verter A.C.

² Doctora en Estudios del Desarrollo Global por la Universidad Autónoma de Baja California.

³ Doctorado (c) en Antropología. FFyL/IIA/IIS, UNAM.

⁴ Licenciada en Administración pública, Universidad Autónoma de Baja California.



Curití
Leonardo Montenegro

los complejos militares y carcelarios en los lugares donde menos daño se debería infringir: las instituciones de cuidados por las que transitan estas mujeres. Este artículo se divide en tres apartados: 1) *Volver a ser madre. La ilusión de una oportunidad*, 2) *Dar a luz. Abrazar la oscuridad*, 3) *Una bebé en resguardo y las opciones para recuperarla*. En cada uno de éstos se narran y articulan los obstáculos, arbitrariedades y brutalidades que enfrenta Marisol en su experiencia como madre-usuaria. Al mismo tiempo se establecen los puentes entre su experiencia personal con los elementos macro que permiten visibilizar a estas madres, mujeres usuarias de drogas inyectables y sus hijos como víctimas de la actual política de drogas y del «complejo industrial fronterizo».

Palabras clave: maternidad, drogas inyectables, frontera, brutalidad.

Woman, Mother, and Addict. Physical and Psychological Ruthlessness in Contemporary Borders

Abstract:

This paper is the result of a comprehensive ethnographic work, including accompaniment to female injecting drug users (FIDU) in Mexicali border town, in Baja California. The theoretical reflection upon the physical and psychological brutality posed by contemporary borders is presented through a particular case: Marisol's story, offering ethnographic data to allow the reader to feel and to reflect upon those frontiers, as well as sensing how overwhelming and immobilizing they are for the most vulnerable links in our society. Marisol's case is nothing more of an isolated case, it is a narrative repeated once and again, in which border military and prison complexes' symbolic, material, and daily ways are made evident in places where the less harm should be done, that is, care institutions where these women turn to. This paper is structured in three sections: 1) *Re-becoming a mother. -The illusion of having an opportunity*, 2) *Give birth. Embrace loneliness*, 3) *A baby under government care and chances to recover her*. Each section tells and articulates a story of the hindrances, arbitrariness, and brutalities faced by Marisol through her experience as a mother and drug user. At the same time, links are made between her personal experience and the macro elements that help us make these female injecting drug users and their children visible, as victims enduring today's drug policies and the "border industrial complex".

Keywords: motherhood, injecting drugs, border, brutality.

Mulher, mãe e viciada. Brutalidades físicas e psicológicas das fronteiras contemporâneas

Resumo:

Este artigo é o resultado de um extenso trabalho etnográfico e de acompanhamento a mulheres usuárias de drogas injetáveis (MUDIS) na cidade fronteiriça de Mexicali, Baja California. A reflexão teórica sobre as brutalidades físicas e psicológicas das fronteiras contemporâneas localiza-se na apresentação de um caso específico: Marisol, oferecendo dados etnográficos que permitem ao leitor sentir e refletir sobre essas fronteiras e intuir a maneira como esmagam e imobilizam os elos mais vulneráveis da nossa socialidade. O

caso de Marisol não é um caso isolado, é uma narrativa que se repete, na qual as formas simbólicas, materiais e cotidianas de complexos militares e prisionais se tornam evidentes nos lugares onde menos danos se deveria infringir, isto é, as instituições de atendimento pelas quais essas mulheres transitam. Este artigo está dividido em três seções: 1) *Ser mãe novamente. A ilusão de uma oportunidade*, 2) *Dar à luz. Abraça a escuridão*, 3) *Uma bebê no abrigo e as opções para recuperá-la*. Em cada uma delas, são narrados e articulados os obstáculos, a arbitrariedade e as brutalidades que Marisol enfrenta em sua experiência como mãe-usuária. Ao mesmo tempo, as pontes são estabelecidas entre sua experiência pessoal com os elementos macro que permitem visibilizar essas mães, mulheres usuárias de drogas injetáveis e seus filhos como vítimas da atual política de drogas e do “complexo industrial de fronteira”.

Palavras-chave: maternidade, drogas injetáveis, fronteira, brutalidade.

El principal objetivo de este texto, es ubicar y visibilizar a las madres mujeres usuarias de drogas inyectables y a sus hijxs, como víctimas de la actual política de drogas, como víctimas de la redituable prohibición de las drogas y la criminalización de los usuarios a nivel global; y finalmente nos interesa visibilizarlas como víctimas de un «complejo industrial fronterizo» que en su esfuerzo por inmovilizar y controlar el cruce, anula y constriñe sus posibilidades de una vida digna y en comunidad.

Si bien, en la frontera norte de México, se ha venido señalando el daño social de la economía y política de drogas ilegales, asociado a las muertes violentas, las desapariciones, el desplazamiento forzado, la criminalización y el encierro de miles de jóvenes por posesión, y la violación de los derechos de los usuarios de drogas, a continuación, pondremos el énfasis en las diferentes dimensiones que retoma el complejo problema de las mujeres usuarias y sus hijos en la frontera norte de México.

Gracias al contexto de prohibición y a la dinámica del tráfico transnacional de estas drogas, la población de la frontera norte está constantemente expuesta a su consumo. El enorme muro que ya divide a los dos países funciona como membrana en la que se almacena y se concentran los flujos de diferentes drogas que intentan llegar al «otro lado» (EE. UU.) donde serán mucho más lucrativas. En este contexto, se puede afirmar que en casi cualquier colonia de las ciudades fronterizas se puede encontrar, sin problema por lo menos, cristal, heroína, cocaína y marihuana. En casi cualquier preparatoria o secundaria, ya sea pública o privada, los jóvenes y adolescentes tienen a su disposición estas sustancias. Son muchxs, la gran mayoría quizá, lxs que jamás la probarán, algunxs tendrán sólo

un acercamiento exploratorio o lúdico; sin embargo, existe un número creciente de población masculina y femenina que empieza a presentar un uso problemático. «Quedan prendidos», «se van recio» y «fondean»⁵ según sus propias palabras.

En el trabajo de campo con la población de usuarixs, se ha identificado que inyectarse implicó un corte definitivo con lo vivido hasta ese momento. Tras la búsqueda de mayores sensaciones, pasaron del consumo de drogas por vía fumada o aspirada al consumo vía intravenosa. Este hecho marcó un viaje «sin retorno» y el ingreso a un nuevo mundo, en el que sus intereses y búsquedas vitales se empiezan a reducir a la necesidad urgente de sentir nuevamente aquel primer *rush*. Según sus narraciones, sólo quienes han compartido la intensa experiencia pueden entender que el consumo de drogas se convierta en una meta tan importante como el trabajo, los hijos, la familia, la pareja o la salud. En este sentido, el uso intravenoso marca una frontera que aísla y divide a lxs usuarixs de drogas inyectables de todxs lxs que no hemos tenido esa experiencia con las drogas. Incluso, dicha frontera lxs distingue también de todxs aquellxs consumidores que «simplemente» aspiran o fuman sustancias psicoactivas.

Se consolida, entonces, una invisible red de usuarixs de drogas inyectables como resultado, no sólo del reconocido estigma social que pesa sobre lxs consumidores de drogas, sino también de una experiencia corporal intensa que, según sus relatos, sólo puede ser comprensible para quien la ha vivido en carne y en vena propia.

Estructuramos este texto a partir de la historia de Marisol⁶, una mujer de 34 años, nacida en la ciudad de Mexicali, usuaria de heroína intermitentemente desde hace más de 16 años, que actualmente es consumidora de drogas inyectables, mezclando cristal y heroína. No elegimos su historia porque sea una historia particular. Todo lo contrario, los pocos detalles sobre su vida y el relato etnográfico que a continuación ofreceremos sobre su experiencia de maternidad, son patrones que se repiten en los testimonios que hemos registrado de muchas mujeres usuarias de drogas inyectables (MUDI) que habitan la frontera norte de México. Marisol vive en situación de calle, talonea (pide dinero en la calle) y ocasionalmente ejerce como trabajadora sexual. Es, desde hace más de un año pareja de Iván, un joven de 30 años, que desde que fue deportado de California por la garita de Mexicali, empezó a consumir cristal y a vivir en condición de calle. En EE. UU. no consumía, trabajaba en la construcción y conoce bien el

⁵ Dentro de la jerga de los usuarios de drogas como cristal y heroína en esta zona de la frontera, se establecen diferencias entre los usos y consumos problemáticos de estas sustancias. Señalan como «quedar prendidos» a la dependencia física de las sustancias, «irse recio» hace referencia a un consumo de varias dosis diarias, en la cual abandonan y/o se afectan actividades laborales y familiares. Finalmente señalan como «fondear» a momentos en los que el consumo los lleva a situaciones de vida límite, como rupturas afectivas, situaciones de riesgo, situación de calle, entre otras.

⁶ El nombre ha sido cambiado.

oficio de la carpintería⁷. Aunque no profundizamos en el caso de Iván, su historia es un ejemplo de las intersecciones que se vienen documentando en esta frontera entre el uso de drogas, la deportación y los complejos industriales fronterizos.

Entendemos aquí como *complejo industrial fronterizo* a una actividad lucrativa transnacional, en la que a partir de grandes presupuestos se construyen muros y dispositivos electrónicos de seguridad con el pretexto de limitar la circulación de personas y mercancías etiquetadas como ilegales. En estos complejos, la prohibición de las drogas es un punto fundamental para mantener el gran margen de ganancia. La guerra contra las drogas es una falacia, por ello los actuales abordajes socioculturales sobre las dinámicas del narco en las fronteras ensayan categorías como las de *ccapitalismo gore* (Valencia, 2010), *narcoguerra* (Illades & Santiago, 2014), *narcomáquina* (Reguillo, 2011), *violencia de Estado* (Calveiro, 2012, Aguayo, 2015) *reorganización hegemónica* (Calveiro), *narcoviolencia* (Ovalle & Díaz, 2014), *guerra de despojo* (Esteva *et al.*, 2013) entre otras.

Coincidimos con la politóloga Pilar Calveiro cuando afirma que la guerra contra las drogas «es una construcción del poder global por cuanto este crea las condiciones para el desarrollo de un fenómeno inicial que luego reproduce y multiplica. La guerra contra el crimen es funcional a las actuales formas de organización, acumulación y concentración del neoliberalismo. En ambos casos se construye desde una perspectiva bélica un problema de orden social y político. Esta “guerra” tiene el objeto de justificar la violencia estatal necesaria para intervenir, haciéndola funcional al sistema global» (Calveiro, 2012, p.170).

Aunque el texto parece centrarse en el estudio del caso de Marisol, lo que a continuación se presenta es el resultado de un extenso trabajo etnográfico y de acompañamiento a mujeres de esta población como parte de las acciones de la Asociación Civil Verter⁸. El método de investigación que dio como resultado este texto se puede incluir en corrientes epistemológicas conocidas como métodos colaborativos, horizontales y/o investigación militante. Se trata de un abordaje donde la construcción de conocimiento intenta equilibrar las relaciones de poder entre el investigador y los sujetos del estudio. En este caso, el investigador pone su cuerpo, interviene, participa de diferentes maneras para acompañar a sus colaboradorxs.

⁷ Aunque Iván aparece esporádicamente en este texto que se centra en la experiencia de Marisol, él la ha acompañado durante toda la trayectoria que aquí se narra.

⁸ Verter A.C es una organización civil que diseña, gestiona y ejecuta proyectos sociales enfocados en salud pública y derechos humanos. Verter surge en el año 2013 con el apoyo de Population Services International PSI, México A. C. para mantener un programa de atención específico en VIH con poblaciones clave en Sonora y Baja California. Actualmente Verter amplió las áreas de trabajo y cuenta con seis programas estratégicos: Drogas, VIH, Derechos Humanos, Mujeres, Diversidad Sexual y Jóvenes. Entre los servicios que ofrece está el consumo supervisado de drogas inyectables, orientación psicológica, aplicación de pruebas rápidas de vih/sifilis/hepatitis/embarazo, módulo de derechos humanos, intercambio de Jeringas, distribución de insumos de prevención Sexual, vinculación a servicios de salud y servicios ciudadanos.

Específicamente, a partir del trabajo de la Verter A.C. se pudo establecer el contacto con mujeres-madres-adictas quienes ofrecieron su testimonio y conocimiento sobre las formas en que se han visto limitadas en el ejercicio de su maternidad. También en el contexto del quehacer cotidiano de esta asociación, se estableció el vínculo con Marisol, personaje en la que se centra el relato principal.

Aquí no abundamos en la reflexión teórica sobre las brutalidades físicas y psicológicas de las fronteras contemporáneas. Sin embargo, esperamos ofrecer datos etnográficos con el detalle y la profundidad suficiente, que permitan al lector sentir dichas fronteras e intuir la forma en que éstas aplastan e inmovilizan a los eslabones más vulnerables de nuestra socialidad. Esperamos así abonar a su conceptualización desde un sentipensar cercano a las víctimas de tal brutalidad.

En cada uno de los siguientes apartados las fronteras contemporáneas –no solo las nacionales– y sus brutalidades aparecen con diferente forma. Avisamos al lector desprevenido que son precisamente las instituciones de cuidados por las que Marisol transita las que adquieren las formas simbólicas, materiales y cotidianas de los complejos industriales militares y carcelarios. En el primer apartado *Volver a ser madre. La ilusión de una oportunidad*, el centro de rehabilitación adquiere la forma de muro que limita y desalienta la esperanza de Marisol de «alivianarse» de su adicción para atender plenamente su maternidad.

En el segundo apartado *Dar a luz. Abrazar la oscuridad*, la actuación de enfermeras de un hospital materno infantil no difiere de la de carceleras o verdugos, guardias privados que sacan a la calle a una madre sin su hija recién nacida, cuidadoras que le impiden traspasar un vidrio para abrazar a su bebé. La última frontera que enfrenta Marisol en este texto aparece en el último apartado: *Una bebé en resguardo y las opciones para recuperarla*. Aquí el Albergue del Sistema Estatal de protección a la familia es el que encarna la figura del complejo industrial fronterizo, impenetrable para Marisol en sus intentos de visitar, abrazar y recuperar a su hija. En cada uno de estos apartados se van narrando los diferentes momentos y obstáculos que enfrenta Marisol en su experiencia como madre. Al mismo tiempo se establecen los puentes entre su experiencia personal con los elementos macro que delinear el vínculo entre madre usuaria y sus hijxs, como un grave problema social, comunitario.

Volver a ser madre. La ilusión de una oportunidad

Ser madre tiene muy poco que ver con la biología, la maternidad es sobre todo un hecho cultural. La figura de la madre se ha venido construyendo a partir de un largo y variante proceso histórico que nos ha traído hasta un presente donde nos encontramos con una representación idealizada, mitificada y naturalizada de la maternidad. Como nos lo recuerda Fernández (2014, p.22-26) a partir del siglo XVIII y fundamentalmente en el XIX, comienza a construirse el ideal

de la «buena madre». Este discurso en los siglos posteriores se vio reforzado con mensajes provenientes del ámbito de la medicina, de la psicología y de la religión. Según este autor, previamente, había una ausencia del amor materno tal cual hoy es entendido y lo que se privilegiaba era la crianza comunitaria de los niños, quienes a temprana edad se involucraban con las labores productivas del mundo adulto. Es a partir de la Ilustración y la Revolución Francesa y en el creciente contexto de separación de las esferas público/privado, naturaleza/cultura, producción/reproducción y de diferenciación natural de los sexos, cuando se dan las ofensivas moralizadoras de la nueva maternidad como eje identitario de la esencia femenina.

«Bajo el alegato a favor del niño que respondía a intereses estatales de aumentar y mantener la población, el discurso comienza a mitificar la maternidad instando a las mujeres a ejercer de buenas madres dadas sus virtudes naturales femeninas, entre las que se encuentra, el instinto maternal» (Fernández, 2014 p.27).

En la actual sociedad capitalista, se mantienen los preceptos de maternidad intensiva que exigen una «entrega total» en contraposición, negociación y reconocimiento de nuevas y alternativas experiencias maternas. Sin duda, las madres usuarias de drogas, pueden ser ubicadas como una experiencia que está en contraposición de los preceptos de la «buena madre». A continuación, veremos cómo se gestiona desde lo familiar, lo social y lo Estatal esta experiencia alternativa de maternidad en el estado de Baja California.

Cuando Marisol se enteró de que estaba embarazada nuevamente, se llenó de mucha felicidad. A sus 34 años y con poco más de 16 años como consumidora habitual de drogas inyectables, creía que esto no volvería a pasar. Esta es la sexta vez que se embaraza. A sus dos hijos mayores, un niño de 14 años y una niña de 7 años, no los tiene con ella. Su mamá asumió ante el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)⁹ la responsabilidad de criarlos, y después de varios años de acompañamiento, de apoyarla para que se internara en centros de rehabilitación, de sufrir sus recaídas, decidió retirarle su apoyo y alejarse de ella. Ya no le da permiso de ver a sus hijos, ni siquiera hablar con ellos por teléfono. Marisol dice entre lágrimas, como si lo creyera, que según su mamá ya es mejor que los deje vivir su vida, que ella sólo puede hacerles daño. Sin embargo, su rostro se ilumina cuando recuerda la última vez que pudo visitarlos, hace casi dos años. Las sonrisas, los abrazos, el cariño que se ofrecen mutuamente, la necesidad de ellos de abrazarla de saber de ella, el llanto al despedirse.

⁹ El Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, DIF, es una institución pública mexicana de asistencia social, fundada en 1977. Generalmente es dirigida por las primeras damas (esposas de presidentes municipales, gobernadores y presidente de la república) y uno de sus principales objetivos es la protección de los derechos de lxs niñxs.

Marisol aún cree que llegará el momento en que pueda «desengancharse» de las drogas y logre que su mamá le vuelva a permitir convivir con su hijo y su hija. Cuando le preguntamos a Marisol que si ella cree que es cierto que «sólo le hace daño a sus hijos», entre llanto me dice que ella sabe que aunque su mamá los cuida bien, ellos la necesitan a ella, pero que prefiere abstenerse para no lastimarlos. A propósito, recordamos el planteamiento de Vegetti (1990, p.247) que «todas las madres son malas». Según su planteamiento, «se presume que el niño tendría un desarrollo psíquico óptimo si no interviniera una madre patógena descrita por una variada gama de términos como: posesiva, castradora, desvalorizadora, angustiada, fluctuante, inadecuada, narcisista, depresiva, etc. A la objeción de que estos estados de ánimo son quizá inevitables ante el enorme compromiso emocional que se le plantea a la tarea materna, el punto del malestar se ubica en la desmesura, por exceso o por defecto. Nos encontramos pues ante madres demasiado protectoras, demasiado exigentes, demasiado distantes, demasiado empáticas».

Además de estos dos hijos, Marisol ha tenido dos abortos y una hija que nació, pero murió en sus brazos días después de nacida. Y ahora este, su sexto embarazo. Antes de saber de su embarazo, se sentía vieja, vivía en la calle. Estaba cansada. Cada día se sentía humillada, violentada, discriminada. Discriminada por las miradas de los transeúntes, que se agarraban a sus pertenencias al verla. Dice que ahí si se le antojaba robarlos, sólo por expresar tan impudorosamente su prejuicio. Humillada por las personas a las que le pide dinero en la calle en el cruce de un semáforo, violentada por los clientes cuando «el talón» no salía bien y debía recurrir al trabajo sexual para completar para las dosis diarias de ella y de su pareja.

¡Estaba embarazada! No sintió miedo, ni decepción. Sintió felicidad, se sintió fuerte, motivada. Ella reconoce que a sus 34 años no tiene nada, sólo a sus dos hijos, aunque no los puede tener a su lado por causa de su adicción. Sin embargo, son su orgullo, considera que son lo único bueno que ha hecho en esta vida. A veces los mira de lejos, y a su hijo mayor lo espía en el Facebook cuando alguien le presta algún dispositivo. Me cuenta que su hijo es noble, bueno, hogareño. Le duele que ya ha sido víctima de *bullying* por ser el hijo de una *puta*, de una *tecata* (así se les designa a los adictos en la frontera norte de México). Pero él no es dejado, pelea por su madre, aunque la tenga lejos. Es buen estudiante. Dice que nunca va a probar las drogas y que sueña con verla bien algún día. Su hija de siete años es muy lista, sociable. Dice Marisol que es una «cabroncita», que es hiperactiva, muy mandoncita, una líder. Es la que más problema le da a la abuela. Pero a Marisol le encanta que sea así. Una tía de ella, hermana de su mamá le cuenta detalles de sus hijos, cómo van en la escuela, los problemas que enfrentan, como preguntan por ella y la extrañan. Esas historias para ella valen oro.

¡Pero ahora otra vez está embarazada! Esta vez sí lo va a lograr. Se dice a sí misma, «Si he podido sobrevivir a la calle y a todas las cosas feas y chingazos que me han dado, es porque soy fuerte, claro que puedo salir de esta adicción y cuidar a mi

hija». «Me voy a alivianar y voy a poder empezar a convivir con mis otros hijos también». Sabe que lo primero que debe hacer es «estar limpia». Ya lo ha estado antes. La última vez duró hasta dos años sin consumir ninguna sustancia. En Baja California, como en otros estados de México la única opción con la que cuenta una mujer en su situación son los centros de rehabilitación. Específicamente los centros de rehabilitación de ayuda mutua, sin el apoyo de profesionales, ya que son estos a los que puede acceder alguien sin recursos como ella.

Ya Zamudio, Chávez y Zafra (2015) han documentado los abusos y violaciones a los derechos humanos que se cometen en contra de los usuarios de drogas en los centros de rehabilitación. Van desde el internamiento involuntario, hacinamiento, mala alimentación, tortura, acoso y abuso sexual. Además, son pocos los centros de rehabilitación que atienden mujeres, y menos mujeres embarazadas. Sin embargo, ella ya sabía las consecuencias para su bebé si consumía durante el embarazo y tenía que acudir a la única alternativa que tenía para estar limpia. Durante el embarazo de su segunda hija ya estaba enganchada a la *chiva* (heroína) y no pudo dejar de consumir. Durante todo el embarazo consumió diariamente heroína y cuando podía metadona. Cuando nació su bebé nació «prendida» que es como le llaman al Síndrome de Abstinencia Neonatal. Por esta razón el DIF le quitó los derechos sobre la niña y le otorgó la patria potestad a su mamá.

Por ello se internó voluntariamente en un centro de rehabilitación para mujeres. Había escuchado que no aceptaban mujeres embarazadas, así que ocultó su condición todo lo que pudo. Cuando la directora del centro descubrió su embarazo, cuando tenía aproximadamente 5 meses, le dijo que tranquila, que no lo escondiera más, que se pusiera ropa ceñida al cuerpo para que se notara y así le iban a dar más dinero en las colectas que realizan estos centros en el espacio público de la ciudad. Sí logró estar limpia durante estos primeros meses, pero luego empezó una situación que la puso en estado de alarma. Calcula que tenía seis o siete meses de embarazo, cuando la directora del centro empezó a ser muy insistente en que había una familia que podía darle una mejor vida a su bebé. Que le ofrecían dinero. Que pensara en las oportunidades que tendría su bebé. Ella le dijo que si se había internado era porque quería echarle ganas y esta vez darse la oportunidad de criar a su hija, de salir adelante por ella.

Marisol presintió que si se quedaba ahí le iban a quitar a su hija, ante tanta insistencia dejó de confiar en el centro y en su seguridad y la seguridad de su bebé y decidió escaparse. Ya en la calle no tenía a quien recurrir, antiguos amigos y familiares la ven como un caso perdido, no confían en sus buenas intenciones y están cansados de lidiar con sus problemas. Ella ya no quiere molestarlos. El único lugar al que puede llegar es con su pareja, el papá de su futuro hijo que vive en situación de calle, en un «ñongo» (casas abandonadas habitadas por usuarios de drogas) que no cuenta ni con luz ni con agua.

Las MUDI (mujeres usuarias de drogas inyectables) saben del daño que le pueden causar a sus hijos con su consumo. Por eso es común que se propongan sin lograrlo parar de consumir. Leticia, una madre usuaria nos decía: *«fue algo muy difícil porque yo sabía que estaba mal, que me hacía daño yo y que le hacía daño a mi bebe, pero es algo más fuerte [hay llanto] muchas veces ya no quería, pero mi cuerpo me lo pedía, porque es un malestar muy feo, te duelen los huesos bien feo, es más una necesidad, yo recuerdo muchas veces que me hincaba y le pedía a Dios que me ayudara que me diera fuerzas para dejar de consumir pero no pude, hasta ahora no he podido»* (Leticia, 2017).

Pero una vez que Marisol estuvo afuera era mucho más difícil mantenerse limpia. Viviendo en un ñongo, con acceso a drogas y personas drogándose todo el día, la recaída no tardó en llegar. Sin embargo, se propuso no inyectarse, sólo fumar cristal y heroína, en dosis muy pequeñas y alternando siempre que podía con metadona.

Hasta ese momento, Marisol todavía no se había realizado ningún chequeo médico para monitorear su proceso de gestación. Su embarazo la llenaba ahora de miedo, de dudas, de culpa. Pero la esperanza aún se mantenía. Estando en la calle, entre picaderos y ñongos, sabe de casos en los que, a pesar del consumo constante durante el embarazo, los bebés nacen bien.

En la zona del centro de la ciudad donde circula hay algunas fundaciones que pueden brindar ciertos apoyos, pero la mayoría son asistencialistas, como las que ofrecen iglesias cristianas, que llevan alimentos a quienes participan de sus rituales. Allí hay un albergue para migrantes donde una vez por semana se dan consultas médicas. Dos visitas a estas consultas fueron el único chequeo que recibió Marisol mientras estaba en su embarazo.

También está Verter, asociación civil coordinada por una de las autoras de este texto. Al encaminar sus acciones a la reducción de daño de la población de usuarios de drogas inyectables, conocen a menudo de estos casos, de usuarias embarazadas que buscan sin éxito alternativas para detener su consumo, madres usuarias que pierden a sus hijos. Esta asociación se ha planteado la tarea de hacer acompañamiento para tramitar cosas sencillas como el seguro popular, sacar actas de nacimiento, ofrecer el acompañamiento a los servicios de salud. Pero estos servicios médicos institucionales no ofrecen opciones de reducción de daño. Por el contrario, criminalizan a las madres que tienen estas adicciones y en varias ocasiones se ha reportado que les dicen que están cometiendo un delito equivalente al homicidio o al maltrato de menores. Esta es una de las razones por las que las usuarias embarazadas que se detectan en Verter no acceden al acompañamiento ante los organismos de salud.

Marisol volvió a consumir y a «talonear» en la calle (pedir dinero en las avenidas principales, limpiar vidrios, recolectar envases de metal o plástico, entre otras actividades que consisten en estar en el rebusque para conseguir los al menos

700 pesos diarios¹⁰ que garanticen su consumo). Sabía el riesgo que estaba corriendo, el daño potencial que le podía causar a su bebé, pero al mismo tiempo, como sabe de madres usuarias que no detuvieron su consumo y que tienen la suerte de que sus bebés nazcan bien y que en el hospital no detecten su adicción y las dejan salir con sus hijos, se aferra a esa posibilidad.

¹⁰ 1 peso mexicano, equivale a 0.052 dólares estadounidenses, a 0.047 euros (a septiembre de 2019, *nota del editor*).

Si algo había aprendido es que talonear embarazada es mucho más rentable. Esto le permitió ir consiguiendo y comprando cositas para el bebé. Una cuna y un coche usados, pañales, mucha ropa para niña –aunque aún no tenía certeza del sexo de su bebé– y algunas otras cosas. Pero el tiempo se venía encima, cada vez se acercaba el momento del parto, y la confianza en sí misma con la que inició su gestación empezó a decaer. No había logrado mantenerse sin consumir heroína y cristal, cada vez faltaba menos tiempo y seguían viviendo en cuartitos de alquiler, o a veces en la calle o en una casa abandonada que no contaba con ningún servicio básico. Al reconocer que faltaba poco y que aún no contaba con un lugar digno y seguro en el que criar a su bebé, la ilusión de una nueva oportunidad para ejercer plenamente su derecho a la maternidad, empezaba a esfumarse.

Sin embargo, nos detenemos a pensar en la respuesta económica que tiene una mujer al estar embarazada y pedir dinero en una avenida principal. Según lo que nos dice Marisol de los autos a los que se acercaba a pedir, casi el 100 % le daba algo y lo que podía reunir, cuadruplicaba lo que reúne ahora que no está embarazada. Nos preguntamos si estos transeúntes son conscientes de la especial condición de vulnerabilidad en la que se encontraba Marisol. En esta ciudad de frontera, ya podemos mirar indolentemente a los migrantes y deportados que deambulan por su espacio público sin reconocer el trauma, sin indignarnos por la presencia de ese muro en el que rebotan los sueños y las vidas de tantas personas y familias. ¿Pero acaso, la figura de una mujer embarazada –MUDI– en situación de calle, puede movilizar el reconocimiento de su condición de dependencia y de la necesidad de cuidado social?

Carrasco, Borderías y Torns (2011, p.37), plantean que la idea de dependencia es un concepto construido socialmente, que tiende a identificar como tales a determinados grupos de población, ya sea por razones de edad o de salud. De hecho, se acostumbra a identificar el concepto de dependencia con niños, niñas o con personas ancianas o enfermas o con alguna minusvalía. Pero, para estas autoras esta es una versión muy restringida, para ellas la dependencia no es algo específico de determinados grupos de población sino algo inherente a la condición humana. Plantean que es mejor hablar de interdependencia. Esto implica reconocer que todas las personas somos social y humanamente interdependientes y que requerimos de distintos tipos de cuidados según el momento del ciclo vital, nuestras decisiones o

las situaciones en las que nos encontramos. Dicen las autoras que ese mito sobre la independencia individual como un valor social a conseguir en la edad adulta, muchas veces hace que se estigmatice a quienes por alguna razón –de salud en este caso– no lo logran y se les nieguen los cuidados que requieren.

Para Carrasco, Borderías y Torns, cuando reconocemos que la interdependencia es universal, debemos asumir también que la responsabilidad de los cuidados para poblaciones vulnerables con necesidades especiales, no deben ser sólo familiares, o individuales, sino sociales y políticas. «Cada sociedad debería organizar los cuidados para dar respuesta a las dependencias y necesidades humanas, y a la vez, mantener el respeto por las personas que lo necesitan y no explotar a las que están actuando de cuidadoras» (2011, p.51).

En este caso, quisiéramos añadir que consideramos a las MUDI embarazadas como una población en especial vulnerabilidad, con una presencia importante en el estado de Baja California. Por esto es urgente que su sociedad se organice para dar respuesta a sus específicas necesidades. Reforzamos aquí la idea de que las madres MUDI son víctimas directas de una política de drogas transnacional insensata, que, al prohibir su tráfico, genera enclaves como éstos en los que las fronteras actúan de membranas que encapsulan la oferta y el acceso ilimitado a estas sustancias. Una política de drogas que, al criminalizar su consumo, genera un contexto de violación de los derechos humanos de las usuarias y de su derecho a la salud. Pero, sobre todo, una política de drogas cruel, que, al no incluir la perspectiva de reducción del daño, deja sin alternativas a estas madres y condena a sus hijos a padecimientos que podrían evitarse. Padecimientos como el síndrome de abstinencia neonatal.

Dar a luz. Abrazar la oscuridad

El síndrome de abstinencia hace referencia al conjunto de síntomas que presenta un individuo cuando se ve privado bruscamente de una droga que ha consumido con regularidad. Los neonatos, hijos de madres usuarias de drogas inyectables, han estado recibiendo por medio del cordón umbilical estas sustancias y al nacer dependen de ellas. Roto el vínculo, ya no reciben la dosis y es cuando se presentan los cuadros de síndrome de abstinencia neonatal. Sin embargo, esta fría y aséptica definición esconde el horror que marca la presencia de lo que los usuarios denominan «malilla» y describen como un verdadero suplicio.

En Baja California no existen números claros sobre la cantidad de neonatos con síndrome de abstinencia, ya que no hay registro electrónico y toda la información reposa en los expedientes en físico, esperando una urgente investigación que retome este caso de estudio. Pero desde hace unos años para acá cada año ha sido noticia el incremento de bebés que nacen con este padecimiento. A través

de las declaraciones a los medios de comunicación de los directores de hospitales públicos y encargados de áreas de ginecología y obstetricia se ofrecen estimados que señalan que al año nacen aproximadamente 150 bebés con síndrome de abstinencia y/o con rastros de drogas ilegales en su sangre.

Esta cifra es alarmante. Se trata de bebés que inician su vida en medio del padecimiento y el dolor. Quizás ver los síntomas del síndrome de abstinencia de la heroína, una de las drogas más comunes en las usuarias por vía intravenosa, no nos diga mucho: irritabilidad, temblor, aumento del tono muscular, aumento del reflejo de moro, convulsiones, succión débil, vómitos, diarrea, deshidratación, sudoración, fiebre. La definición médica (Barrero & Escalera, 2008, p.54) señala que el síndrome de abstinencia es un «estado agudo» ocasionado por la interrupción o reducción en el consumo de la droga. Esto significa que los síntomas aparecen súbita y severamente. Pero si retomamos los testimonios sobre la famosa «malilla» de quienes si pueden hablar, podremos imaginarnos el suplicio por el que pasan estos neonatos en sus primeras horas de vida.

Las malillas de la heroína son gachas. Están bien cabronas. Ni a mi peor enemigo se lo deseo una malilla de éstas, de las que yo en veces siento. Es algo feo, pues. Algo que nomás sientes que te mueres. Dolor de huesos, algo gacho. Si no consumo me desespero, siento que la sangre se me quema; el cuerpo está en revolución, una desesperación, escalofríos, dolor de huesos, ansias, una desesperación horrible, ¿sí me entiendes? No puedes dormir. Como te digo, estoy revolcándome en la cama, pa' arriba y pa' bajo, o diciendo maldiciones y, bueno, de todo. Siento un ardor desde la punta del dedo gordo hasta la cabeza. Es un calvario. Una moquera, ¡No, es un infierno la malilla! (Santiago, 2017)

Este era el gran temor de Marisol, que su bebé naciera «prendido» como había nacido su segunda hija. Aunque ella había disminuido la cantidad de su consumo, y ya no se la inyectaba para no tener marcas visibles que alertaran al personal médico, con culpa y dolor sabía que, por sus acciones, era posible que su bebé no naciera bien.

¿Cómo se podría esperar que esta madre, que siente amor y deseo por su futuro hijo, esté en condiciones de no infringirle daño físico cuando tiene un problema de salud que consiste en una fuerte dependencia psicológica y fisiológica a la heroína y al cristal? Teniendo en cuenta su dependencia a las sustancias, sus escasas o nulas redes de apoyo y las limitadas y deficientes alternativas que socialmente existen en el Estado para responder con respeto y empatía sus necesidades ¿podemos señalarla como la única responsable del daño a su futuro hijo? El sistema de salud y cuidados estatal ¿no es corresponsable del dolor, trauma y padecimiento de estas madres y de sus neonatos? ¿cuándo a pesar del reconocimiento de la dimensión del problema, no integran una perspectiva de reducción del daño que permita identificar a MUDI desde el embarazo para integrarlas en programas que ofrezcan opiáceos que controlen su dependencia fisiológica y que causen menos daño fetal?

Las autoras de este texto no pertenecemos al área de la salud, pero si sabemos que existen experiencias internacionales y estudios que demuestran que el síndrome de abstinencia neonatal y los daños al feto pueden prevenirse con tratamientos que comprendan y respeten las necesidades de estas mujeres y sus hijos. Señalamos aquí estudios como el de Blandthorn, Forster & Love (2011), Zedler *et al.* (2016), Caritis *et al.* (2017) que reseñan programas de atención a madres MUDI desde la gestación y resaltan el éxito comprobado de los programas que les proveen de buprenorfina. Según sus resultados: “Strong evidence indicates prevention of neonatal abstinence syndrome (NAS), lower risk of preterm birth, greater birth weight and larger head circumference with buprenorphine treatment of maternal opioid use disorder during pregnancy compared with methadone treatment, and no greater harms” (Zedler *et al.*, 2016 p.215).

Pero alternativas como estas no fueron accesibles a Marisol, y ya llegó el momento de las contracciones. Creyendo que aún faltaba tiempo de embarazo, su pareja llamó una ambulancia de la Cruz Roja pensando que podrían aplicarle alguna inyección para que el bebé no se perdiera. Sin embargo, los de la ambulancia señalaron que ya iba a iniciar trabajo de parto y la llevaron directamente al hospital público materno-infantil.

En «su ambiente» como ella lo llama, se sabe que cuando las mujeres usuarias de drogas inyectables tienen a sus hijos en los hospitales públicos, deben llegar preparadas para mentir con respecto al uso de drogas. Si dicen la verdad les quitarán a sus hijos e inmediatamente quedan en custodia del DIF. Así que deben ocultar todas las señales. El otro problema que enfrentan las madres MUDI es el del síndrome de abstinencia. Si la malilla llega, en el hospital no les dan nada para aliviar sus síntomas. Es por esto que muchas usuarias salen del hospital para drogarse y cuando regresan por sus bebés, estos ya han sido señalados como bebés abandonados y turnados al DIF estatal. Por esto, Marisol tenía metadona de reserva para cuando llegara este día. Según le habían comentado, así podría retrasar los efectos de la malilla.

En una nota publicada por el periódico *El Sol de Tijuana*, el Dr. Oscar Armenta Llanes, jefe del servicio de pediatría del hospital general reconoce que la población de neonatos con síndrome de abstinencia podría ser mayor al que ellos registran e identifican. Según ellos han detectado, no todas las madres que son usuarias de una droga, informan de este hecho. Un ejemplo de esto, nos lo ofrece el siguiente testimonio de Rosy:

A los 18 años quedé embarazada. Mi mamá me llevó pa'l otro lado, pa' que no consumiera. Y paré mientras estuve allá. Sí sentía la malilla, pero allá no tenía conectes y no conseguía droga. Y paré por el embarazo. Pero me hablaba mi pareja y me volvía con él, y volvía a consumir. El segundo hijo también

fue igual. Yo le paré al consumo en el embarazo. Pero ya luego mi pareja fue a prisión y me quedé yo sola con mis dos niños, chiquillos; ya me prostituía, y volví a consumir. De mi niña chiquilla, la menor, ella sí nació bien prendida. Ya ahí ya no pude yo parar. Salí embarazada, y yo estaba bien adicta, ya sin el apoyo de mi mamá y ya no pude parar. Cuando tenía siete meses, ya iba a cumplir los ocho, en la mínima conciencia que tenía, yo pensaba: «Yo no quiero que me la quite el DIF». Quería parar, pero yo sola no podía; entonces, me metí a un centro de rehabilitación. Pensé que en un mes y medio me limpio yo y se limpia la niña. Porque ella estaba prendida a la droga dentro de mí. Entonces, me fui un viernes y el domingo ya estaba pariendo. De la misma malilla hizo que se me viniera. Parí y al siguiente día ya me la dieron. Así, con la malilla, me la dieron. Y con la niña me fui al centro de rehabilitación. En el centro me dijeron que no podía estar con la niña. La bebé estaba bien prendida y necesitaba ayuda. Tuve que volver al hospital y ya reconocer mi adicción para que atendieran a mi niña y así fue como la perdí. (Rosy, 2017)

Marisol sintió que la trataron mal desde el momento en que entró al hospital «me miraban así como de la calle, desde que llegué». Yo con los dolores y ellas me empezaron a interrogar, me querían meter miedo, me decían que ya dijera que era una adicta. Marisol miraba a su alrededor a ver si en los rostros de esas mujeres que la atendían encontraba alguna mirada que reconociera su humanidad, el momento vulnerable en el que estaba. Estaba a punto de parir, pero no sintió ningún tipo de cuidado, o empatía, alguna mirada amable o piadosa. Antes de pasarla a la mesa o revisarla, después de que ella no respondió afirmativamente al interrogatorio, le hicieron exámenes de sangre. Marisol imagina que también era un antidoping porque cuando llegaron con los resultados el trato se hizo más duro.

Fue cuando también supieron que tenía hepatitis. «Me hacían comentarios de que para que me embarazaba si no me importaba la vida de mi hijo». Dice. La trasladaron a la sala de partos y no duró mucho en que naciera su bebé. Era una niña. Ese momento, que culturalmente se representa una y otra vez como un momento maravilloso para los padres, para Marisol fue uno de los momentos más tristes de su vida. Las enfermeras no querían pasársela, ni siquiera dejársela ver. Ella lloraba, gritaba, preguntaba si estaba bien, decía que se la dejaran abrazar. Una enfermera se la acercó a su cara, y sin dejársela abrazar se la mostró. Marisol la vio hermosa y le dio un beso en su cabeza. El único beso que le han permitido dar hasta ahora.

El 28 de diciembre del 2017 fue el día que Marisol dio a luz a su hija. Ese día abrazó la oscuridad. A su pareja que esperaba todo ese tiempo afuera, nunca le dijeron ni siquiera que su hija ya había nacido, como veía que les decían a los otros padres que esperaban con él. Marisol durante todo el día estuvo despierta, esperando que pasaran enfermeras y doctores, les preguntaba por su hija, que cuando se la iban a llevar, que si la podía alimentar, que si estaba bien.

Al otro día en la mañana llegó la trabajadora social, y le explicó que había sido detectada como madre toxicómana. Ella volvió a mentir, decía que de pronto alguien le había dado algo sin que se diera cuenta e insistía en que no era una adicta, que iba a cuidar bien a su hija. Pero la trabajadora social le dijo llanamente que no le iban a dar salida con la niña. Que ya la estaban dando de alta a ella como madre toxicómana. También le dijo que su bebé había aparecido con rastros de drogas en la sangre, heroína y cristal, pero que todavía no se le presentaba un cuadro de síndrome de abstinencia. Dijo que, si no venía algún familiar responsable como una tía, su mamá o alguien que firmara por la niña, la bebé iba a quedar en disposición del DIF, y la instruyó sobre la importancia de que estuviera yendo al hospital todos los días para llevar pañales, pañuelos húmedos y demás parafernalia básica para el cuidado de su bebé. Los horarios de visita serían estrictos de 11:00am -12:00 am y/o de 4:00pm a 5:00pm, si llega un minuto tarde ya no podría entrar a verla. Marisol salió caminando sola por la puerta del hospital. Sin fuerzas para estar enojada y cargando una nueva etiqueta: madre toxicómana.

Morris, Seibold & Webber (2012) en su estudio titulado «Drogas y tener bebés: una exploración de cómo una clínica satisface las necesidades de las mujeres embarazadas dependientes de sustancias químicas», identifican algo, que aunque parece obvio, contradice completamente el trato que reciben estas mujeres en los servicios de salud en el estado de Baja California: los juicios, las etiquetas y el estigma, son las principales barreras para el derecho a la salud de las mujeres usuarias embarazadas y sus hijos. En su investigación, realizada en Australia –país que ocupa un lugar en la lista de los principales consumidores de drogas ilegales del mundo, y que desde hace algunos años ha incorporado la reducción del daño a su políticas de drogas–, los resultados probablemente contrastan con lo que podría encontrarse con un estudio de este tipo en Baja California: “Results of this study show that while some negative attitudes exist, the majority of healthcare practitioners surveyed scored low to moderate on the attitudinal scale. This is in direct contrast to other studies conducted around the world in which healthcare practitioners have reported largely negative views. In addition, the majority of participants agreed that they are in a position to provide valuable, potentially life-changing support to these vulnerable women and their families” (Morris, 2012, p.334).

Tal y como fue instruida por la trabajadora social, al otro día Marisol volvió al hospital a visitar a su hija. Se encontró con un doctor que había estado atendiendo a los neonatos del cunero donde estaba su hija. Él le dijo que depende de cómo salieran los exámenes de la niña iban a ser los pasos a seguir, que si salía todo bien se la podría llevar pronto. Marisol sintió que por fin había alguna esperanza.

Padre y madre en situación de calle, con una dependencia a la heroína y al cristal, y con alojamiento distante al hospital. Sin trabajo, deben rebuscar el dinero para las necesidades de su hija, el transporte diario, su alimentación y sus dosis.

Limpiando carros, pidiendo dinero en los semáforos, juntando latas. Desde el centro, el circuito en el que se mueven, sólo pasa un camión¹¹ hacia el hospital. El camión pasa esporádicamente, lo han estado esperando hasta dos horas. Los mismos tiempos de regreso. Por esto Marisol y su pareja se turnaban para hacer presencia todos los días. Iban con la ilusión de que sí podrían sacarla con su coche y ropa, pero muchas veces no alcanzaban a verla por lo estricto de los horarios.

Pero cuando dos semanas después del nacimiento de su hija y de estar yendo casi a diario, por fin volvieron a ver al doctor que les había dado esperanza, éste al verlos con la ropita y el coche por si podían llevársela, les dijo «ahh noo yo me equivoqué, es que yo no había visto que era mamá toxicómana. No se la va a poder llevar, su bebé ya va a quedar a disposición del DIF estatal».

¹¹ En México se denomina camión al vehículo de transporte público de pasajeros, lo que en otras partes de Hispanoamérica se llama autobús, o bus. En el resto de países hispano hablantes, el vocablo camión sólo se usa para vehículos de transporte de carga, *nota del editor*.

Ese día Marisol se llenó de llanto y de impotencia. Durante esos 15 días ya habían estado tratando de buscar a alguien, algún familiar, amigo, por su parte o por parte de su pareja, pero ya les habían dicho que ninguno iba a firmar por ella. No tienen celular, ni los números de teléfono de personas que podrían apoyarlos. Tienen algunos números de familiares lejanos, pero no tienen como llamarlos, casi todos los teléfonos públicos de la zona no funcionan.

Marisol incrementa la dosis de su consumo intentando evadir el dolor y la impotencia, cada día que nos la encontramos se ve más flaca, cansada y su semblante se vuelve más duro e inexpressivo. Nos cuenta que ya casi no tiene fuerzas de ir hasta el hospital y de subir a los cuneros a visitar a su hija. «Si fuera de verdad que se preocuparan por los derechos de la niña, pues actuarían diferente, mi bebe lleva casi un mes y ella en este tiempo ya siente el abandono, nadie la abraza, la mira, la acaricia, ella debe sentir que sus papás la abandonaron».

En el área donde está la bebé de Marisol (que aún no tiene nombre), se encuentran dos hileras de cuneros con más de 25 bebés que al momento de la observación eran atendidos por una sola enfermera. Aun cuando Marisol llega a tiempo para la visita, sólo puede verla a través del cristal. Dicen que son las reglas, que no puede cargarla, acariciarla, alimentarla, hablarle. Según lo que le cuenta la enfermera, su hija es bien corajuda cuando quiere comer, pero que no es latosa, que es tranquila. Nos dice Marisol entre lágrimas: «Y... no sé, me pongo a pensar, como me trataron a mí, como me discriminaron, no quiero pensar que me la estén discriminando, como tiene la etiqueta de hija de mama toxicómana, que sea la que me le dan comida de último, que me la dejen sucia».

El 28 de enero les informan que su bebé, ya de un mes, está en custodia del DIF y ha sido trasladada a uno de sus albergues. Ya no tendrán que presentarse de nuevo ante el hospital y deberán presentarse cuanto antes en las oficinas del DIF.

Una bebé en resguardo y las opciones para recuperarla

Uno de los propósitos de la asociación Verter A.C es dar acompañamiento a UDI y MUDI ante los diferentes servicios de salud que tengan. Por esto, desde que se detectó el embarazo de Marisol, se le propuso acompañarla a los chequeos al materno infantil¹², y desde que se acercó para solicitar ayuda en la recuperación de su bebé se le estuvo apoyando en la medida de lo posible con el transporte hasta el hospital.

Pero ahora que Marisol y su pareja deben hacer frente a las condiciones y reglas de operación del DIF en estos casos, es ella la que se acerca a las oficinas de esta asociación para solicitar el acompañamiento. Concertamos una cita para el siguiente día, nos veríamos en la avenida principal donde ha estado «taloneando», que curiosamente queda a dos cuadras de las oficinas del DIF. Al entrar y explicar el caso a la recepcionista, nos pasan con una abogada, que amablemente le explica a Marisol los pasos que debe seguir para iniciar un proceso de recuperación de su hija. En este momento le comunica que le darán una cita para tomar todo su caso, es una cita para dos días después a las 12 pm. Le dice que para entonces ya debe llegar con acta de nacimiento, su Clave Única de Registro de la Población (CURP) y su Credencial electoral (IFE) o cualquier otra identificación con foto como pasaporte o licencia de conducción (primer obstáculo)¹³, y que si cuenta con algún familiar o amigo que la apoye en el resguardo de la niña mientras se comprueba su idoneidad, que pueda comparecer ese día con ella. A pesar de la amabilidad de la abogada que nos atiende, Marisol se mostró temerosa ante este encuentro.

El tiempo apremiaba, así que al segundo día se debía realizar el acompañamiento ante las oficinas competentes en otorgar las actas de nacimiento, el CURP y el IFE. Marisol llegó a la cita acordada, pero se veía muy indispuesta. No se había curado –inyectado– y afirmaba que le generaba mucho malestar exponerse al trato en esas dependencias gubernamentales. Por esto optamos por tramitar estos documentos sin su presencia, sólo a través de los datos que nos proporcionó. Más tarde se le entregaron los papeles y acordamos vernos al otro día de nuevo para acompañarla a la cita.

El encuentro debía darse a las 11:30 am con Marisol y su pareja. Pero ninguno de los dos llegó. Voluntarios de Verter A.C los esperaron hasta la 1:30 pm sin saber nada de ellos. Se les buscó en los lugares en los que normalmente transitan y pernoctan sin éxito. Perdieron la cita y no se supo de ellos hasta seis días después.

¹² Propuesta que rechazó por las razones antes expuestas.

¹³ Generalmente la población de usuarios de drogas inyectables en condición de calle, no cuenta con ninguno de estos documentos de identidad que deben ser tramitados en diferentes dependencias dentro de las oficinas de gobierno federales, estatales y municipales. También es común que no cuenten con el dinero para cubrir el costo de la expedición de estos documentos y/o que se les niegue el acceso y sean discriminados por su apariencia desprolija.

Cuando regresaron se disculparon por el bache emocional y de consumo en el que habían caído durante esos días, pero reafirmaron su intención de intentar recuperar a su bebé. Esta vez llegaron con los teléfonos de unos primos de la pareja de Marisol, que quizá pudieran estar interesados en apoyarlos. También comentaron que ya querían alivianarse y conseguir trabajos, pero sin ingresar a centros de rehabilitación. Solicitaron el apoyo de Verter para conseguir un cupón de metadona y señalaron su confianza en que por ese camino podrán estar pronto en condiciones de cumplir con los requerimientos del DIF.

Hicimos las llamadas a sus familiares, pero estos afirmaron no querer hablar con la pareja de Marisol ni estar en condiciones de comprometerse a cuidar a su bebé. Lo único que se consiguió con estas llamadas fue el contacto vía la red social Facebook de la hermana del padre de la bebé, quien anteriormente había señalado su intención de apoyarlos. Le escribimos un mensaje por Facebook, que hasta ahora permanece en «visto».

Como se puede observar esta pareja no la tiene fácil. Con su consumo problemático de heroína y cristal, difícilmente lograrán pasar pronto la prueba del antidoping que es uno de los primeros requisitos que deberán demostrar. Luego tener un trabajo estable y una vivienda digna con lo necesario para el cuidado de una bebé. Mientras tanto su hija ya ha entrado al sistema DIF, a uno de los albergues temporales.

No podemos dejar de resaltar que Baja California es el estado con mayor número de menores, niños y adolescentes institucionalizados o bajo el resguardo del Estado. En varias entrevistas y declaraciones de personal del DIF, se ha reconocido que el sistema de albergues temporales y casas hogares en donde se resguardan a niños y adolescentes, que por diversas razones no pueden estar en el seno de una familia, está rebasado. Con problemas de personal y recursos que permitan garantizar el cuidado idóneo de estos menores.

Municipio	DIF			Casas hogares			Total
	M	F	Total	M	F	Total	
Mexicali	94	95	189	117	91	208	397
San Felipe	6	12	18	2	2	4	22
Ensenada	197	210	407	114	150	246	671
San Quintín	42	49	91	9	16	25	116
Rosarito	16	41	57	14	60	74	131
Tecate	45	41	86	55	32	87	173
Tijuana	340	329	669	313	246	559	1228
Baja California	740	777	1517	624	597	1221	2738

Tabla 1. Niños institucionalizados en el Sistema DIF Estatal B.C 2016.

Aunque faltan estudios serios que a partir de la revisión de expedientes puedan demostrar este dato, desde la Procuraduría de la defensa al menor y a la familia, se estima que del total de los niños que tienen a su resguardo, el 69 % es por omisión de cuidados, el 20 % por maltrato físico y el 11 % por abuso sexual. Y lo más relevante para el caso que analizamos, se ha identificado que la prevalencia de padres o cuidadores con un uso problemático de drogas ilegales está correlacionada en más del 65 % de los casos.

La principal tarea del DIF al resguardar un niño/a, es regresarlo a su seno familiar. Para esto se le ponen una serie de requisitos a los padres, que van desde el internamiento y rehabilitación, asistencia a escuela de padres, asesoría psicológica, entre otros. Por ejemplo, se cuenta con el dato de que, en el 2017, por denuncias a la Unidad de Violencia Intrafamiliar (UVI), del municipio de Mexicali, en total se separaron de sus hogares para su protección a 1.934 menores, de esta cantidad, en el mismo año se reintegraron aproximadamente 1.600 niños/as a sus hogares ya sea con los padres biológicos o con miembros de la familia extensa.

Desafortunadamente, los niños y niñas que no pueden regresar a su seno familiar y continúan institucionalizados, son pocos los que tienen una situación jurídica resuelta que les permita ser sujetos de adopciones. Peor aún, a los niños que están en casas hogares y que ya pueden ser asignados a hogares sustitutos en vías de adopción, la gran mayoría, más del 70 % son mayores de 5 años y deben enfrentarse con el hecho de que casi el 80 % de las personas que se acercan a cumplir con el proceso de adopción esperan bebés, y en un 80 % de género femenino¹⁴.

Se dibuja entonces un panorama desalentador, donde las mujeres usuarias de drogas inyectables no cuentan con una red de solidaridades y alternativas que velen por su derecho a la maternidad, y, por otro lado, un sistema de cuidados saturado, donde los menores deben permanecer institucionalizados hasta cumplir la mayoría de edad, alejados de su seno familiar y comunitario.

«El papel de una madre es cuidarlos y protegerlos y no me permiten hacerlo» dice Marisol. Sin embargo, cuando le preguntamos a ella y a otras madres usuarias, si conocen casos «exitosos» de madres que hayan podido ofrecer los cuidados necesarios a sus hijos y mantener su consumo intravenoso, son honestas en reconocer que no. *«Con el uso de la droga sé que es difícil, cuando estás empezando y tu consumo es leve o de vez en cuando, sí, pero cuando ya estás enganchado, cuando te estás inyectando, a las que he conocido en el ambiente, a todas se los han quitado. Incluso conozco casos de las que tenían casa o más apoyo de su familia y también se los han quitado a los niños».*

¹⁴ Los posibles adoptantes reportan que sus preferencias sobre la edad y el género de los menores que esperan adoptar, están orientadas por sus creencias sobre la «docilidad» de las niñas y los «traumas» o costumbres con los que pueden venir niños mayores.

Reflexión final

Esperamos que los argumentos y el relato etnográfico que aquí presentamos logre expresar la complejidad del problema y de sus consecuencias en las vidas de las madres usuarias y sus hijxs. Afirmamos al inicio que el principal objetivo de este texto era ubicar y visibilizar a las madres mujeres usuarias de drogas inyectables y a sus hijxs, como víctimas de la actual política de drogas en México, como evidencia de la forma en que los complejos industriales fronterizos tratan-inmovilizan-desechan-encierran a los cuerpos que no se adscriben a sus valores nacionales y de productividad. Esperamos que con los detalles que hemos ofrecido a partir del caso de Marisol, se pueda establecer claramente la diferencia entre reconocer como víctimas a estos actores (Madres MUDI y sus hijxs) y victimizarlos. Cuando hablamos de reconocerlos como víctimas, intentamos dignificar a estos actores a través del claro señalamiento del daño y de los nefastos efectos de una política de drogas centrada en la prohibición, en la criminalización y que no pone en el centro los derechos de los usuarios integrando una perspectiva de reducción del daño.

Sin embargo, no reducimos toda su identidad a la identidad de la víctima. Por el contrario, en las experiencias de vida de estas madres y sus hijxs podemos reconocer su fuerza y estrategias de sobrevivencia en el medio adverso que habitan. A pesar de los aplastantes poderes que enfrentan, es necesario visibilizar y discutir la agencia que tienen estas mujeres ante tanta adversidad. Se levantan, se llenan de esperanza, se caen, piden ayuda a las pocas redes que les quedan, lo intentan. Comparten sus saberes y recuerdan lo que otras mujeres les dijeron de cómo deben actuar frente a enfermeras, médicos, médicas, personal del DIF. Salen «al talón» para comprar lo que necesitará su hijo o hija al nacer.

Evidentemente hay un grave problema de salud pública y de derechos humanos que obliga a revisar las estrategias que hasta ahora se están implementando. Urge una evaluación constante de los programas desarrollados y la promoción de respuestas comunitarias que ya se vienen desarrollando en México desde hace décadas. «Cuando decimos comunidad, nos referimos a todas las comunidades de nuestra sociedad, comunidades urbanas, rurales, religiosas, deportivas, culturales, políticas, comunidades de lucha, comunidades territoriales, comunidades educativas, comunidades de amistad, comunidades barriales, comunidades afectivas, comunidades universitarias, etc. Es comprender que en todo grupo humano podemos hacer y construir comunidades. Es una propuesta alternativa a la sociedad individualista» nos recuerda Paredes (2010, p.80).

Sin demonizar a las instituciones, ni idealizar a las comunidades, las dimensiones del problema en el estado de Baja California, ameritan el diseño de políticas públicas no drogocentradas, de inclusión que «amplíen y diversifiquen las ofertas de tratamiento en drogas, integrando principios e instrumentos de derechos

humanos con las políticas en drogas, e incorporando el fenómeno drogas a una concepción de ciudadanía que comprometa el conjunto de los recursos económicos, socio-culturales y humanos, inherentes a la dignidad y equidad humana», como propone la Junta Nacional de Drogas de Uruguay (2012 p.49). Sobre todo, urge que el sistema de cuidados se acerque más en sus formas, objetivos y contenidos a instituciones que actúen más guiados por la comprensión y el afecto y menos cercanos a los sistemas militares y carcelarios.

En este sentido, del relato etnográfico que se presenta en este texto, nos remite a la noción de complejo industrial fronterizo como el conjunto de dispositivos que aplastan los intentos de supervivencia y agencia de estas madres-usuarias. Ante estos dispositivos urge restituir su capacidad de enunciación. Rescatar sus reflexiones y sus saberes frente al sometimiento y la brutalidad. Sin duda son una voz importante para al momento de implementar políticas en favor de ellas mismas y sus hijxs. Ante la naturalización de los discursos y prácticas que criminalizan y juzgan a estas mujeres en el ejercicio de su maternidad, es un sueño la implementación de programas que las cobijen y brinden alternativas de desarrollo digno a ellas y a sus hijxs. Sin embargo, al visibilizar sus esperanzas, sus capacidades, sus saberes, se puede vislumbrar un escenario en el que, con apoyo, buenas prácticas institucionales y políticas públicas de género, y acompañamiento de la comunidad podrían abrazar un poco de luz.

Escuchando y acompañando a las madres MUDI, visitando los albergues, estando frente a los cuneros de un hospital con niños que pueden estar esperando meses para que el DIF pueda resguardarlos, llorando sin recibir atención, aprendiendo a dormir sin unos brazos que los arrulle; es imposible mantenerse en la pulcritud del método y la neutralidad. Urge ensayar estrategias que reconozcan y den respuesta a la complejidad del problema y a los efectos nocivos de las estrategias implementadas hasta ahora. Urge reconocer y dar respuesta a la vulnerabilidad y la necesidad de cuidados de las Madres MUDI. Urge identificar cómo opera la culpa en la vida de las mujeres y más en aquellas que son usuarias de drogas, que se inyectan y que se «atreven a embarazarse», y como todo el sistema de salud las persigue para inyectarles más culpa. Urge buscar caminos donde el cuidado de estos menores inicie desde el proceso de gestación y no se centre en las tareas de alimentación, higiene y educación. Una perspectiva de cuidados humanizante donde los afectos, el amor tengan cabida.

Referencias

- Aguayo, S. (2015). *De Tlatelolco a Ayotzinapa. Las violencias de Estado*. México DF: Ediciones Proceso.
- Blandthorn, J., Forster, D., Love, V. (2011). Neonatal and maternal outcomes following maternal use of buprenorphine or methadone during pregnancy: findings of a retrospective audit. *Women and Birth* 24, 32-39
- Calveiro, P. (2012). *Violencias de Estado. La guerra antiterrorista y la guerra contra el crimen como medios de control global*. Buenos Aires. Siglo XXI editores.
- Caritis, S., Bastian, J., Zhang, H., Kalluri, H., English, D. Bobby, S. & Venkataramanam, R. (2017). An evidence-based recommendation to increase the dosing frequency of buprenorphine during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(4), 459.e1-459.e6 DOI: 10.1016/j.ajog.2017.06.029
- Carrasco, C., Borderías, C. & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Editorial Catarata.
- Esteva, G., Baschet, J., Almendra, V. Rozenthal, E. (2013). *Rebelarse desde el nosotrxs. Porque desde el abismo es imposible vivir sin luchar...* Querétaro: Colectivo zapateando al mal gobierno.
- Fernández, I. (2014). *Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda? Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad*. Vitoria – Gasteiz: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.
- Barrero, M; Escalera, C. (2008) Síndrome de abstinencia neonatal. *Revista Médica*, 19(29), 54-60 Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcb/v19n19/v19n29a10.pdf>
- Illades, C. & Santiago, T. (2014). *Estado de guerra. De la guerra sucia a la narcoguerra* México DF. Ediciones Era,
- Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República Uruguay (2012). *Desvelando velos sobre género y drogas. Aspectos teórico-metodológicos y Buenas prácticas de abordaje del uso problemático de Drogas*. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas.
- Morris, M., Seibold, C. & Webber, R. (2012). Drugs and having babies: An exploration of how a specialist clinic meets the needs of chemically dependent pregnant women. *Midwifery* 28(2), 163-172. DOI: 10.1016/j.midw.2011.03.002
- Ovalle, L.P. & Díaz Tovar, A. (2014). Memoria de la narcoviolenencia en México. Registro visual de un dispositivo de desaparición. *Revista de Historia*, 31, 43-58.
- Paredes, J. (2010). *Hilando fino desde el feminismo comunitario*. México: El Rebozo, Zapateándole, Lente Flotante, En cortito que' s palargo, AliFem AC. Recuperado de: <https://sjlatinoamerica.files.wordpress.com/2013/06/paredes-julieta-hilando-fino-desde-el-feminismo-comunitario.pdf>
- Reguillo, R. (2011). La narcomáquina y el trabajo de la violencia. Apuntes para su decodificación. *E-misférica*, 8.2. Recuperado de: <https://hemi.nyu.edu/hemi/es/e-misferica-82/reguillo>

Valencia, S. (2010). *Capitalismo Gore*. Barcelona: Melusina.

Vegetti, S. (1990). *El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia.

Zamudio, C., Chávez, P. & Zafra, E. (2015). Abusos en Centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México. *Cuadernos CUPiHD 8*. Recuperado de: <http://fileserv.idpc.net/library/abusos-en-centros-de-tratamiento-con-internamiento-para-usuarios-de-drogas-en-mexico.pdf>

Zedler, B. K., Mann, A.L., Kim, M.M., Amick, H.R., Joyce, A.R., Murrelle, E.L. & Jones, H.E. (2016). Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child. *Addiction*, 111(12), 2115–2128 DOI: 10.1111/add.13462

Referencias hemerográficas:

Bueno Medina, L. Hijos de adictas presentan síndrome de abstinencia. *El sol de Tijuana*. 12 de mayo de 2017.

Gallego, E. Nacen cada año 150 bebés con adicción a drogas. *La crónica. Mexicali*. B.C. 5 de febrero 2016.

Martínez, Y. Nacen bebés con adicción a las drogas. *La Crónica*. Mexicali, Baja California, mayo 12 del 2017.

Ramírez, L. Rescatan otro bebé con síndrome de abstinencia. *El Vigía*. Ensenada B.C. 26 de agosto de 2017.