



CUADERNOS DEL CIC-MUSEO

ENGORDAR LA VENA

Discursos y prácticas sociales de los usuarios
de drogas inyectables en Mexicali





Universidad Autónoma
de Baja California

Gabriel Estrella Valenzuela
Rector

Felipe Cuamea Velázquez
Secretario general

Aarón Gerardo Bernal Rodríguez
Vicerrector Campus Mexicali

Martín Montaña Gómez
Coordinador de Posgrado
e Investigación

Everardo Garduño Ruiz
Director del Centro de Investigaciones
Culturales-Museo

Universidad
Pedagógica Nacional

Sylvia Ortega Salazar
Rectora

José Óscar Vega Marín
Secretario de Educación y Bienestar Social

Aurora Elizondo Huerta
Secretaria académica

Raúl S. Alemán Salazar
Subsecretario de Educación Media Superior,
Superior, Formación Docente y Evaluación

Juan Manuel Fregoso García
Director de Formación y Actualización
Docente del Sistema Educativo Estatal

José Luis Molina Hernández
Director de la Universidad Pedagógica
Nacional, Unidad Mexicali





Engordar la vena

Discursos y prácticas sociales
de los usuarios de drogas inyectables
en Mexicali

Lilian Paola Ovalle M.



2009





Ovalle M., Lilian Paola.

Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali / Lilian Paola Ovalle M. -- Mexicali, Baja California : Universidad Pedagógica Nacional : Centro de Investigaciones Culturales-Museo, Universidad Autónoma de Baja California, 2009.

127 p. : 14 x 21.6 cm.- (Cuadernos del CIC-Museo).

ISBN: 978-607-7753-34-6 (Cuadernos del CIC-Museo)

ISBN: 978-607-7753-36-0

1. Drogadicción consumo de drogas inyectables -- Mexicali -- Baja California -- Aspectos sociales.

2. Drogadictos usuarios de drogas inyectables -- Mexicali -- Baja California -- Aspectos sociales.

I. Universidad Pedagógica Nacional. II. Universidad Autónoma de Baja California. Centro de Investigaciones Culturales-Museo. III. t.

HV5840.M65 O83 2009

Primera edición: 2009

© Universidad Autónoma de Baja California
Centro de Investigaciones Culturales-Museo
Av. Reforma y Calle L, s/n, Colonia Nueva, 21100
Mexicali, Baja California, México
Correo electrónico: cuadernos.cicmuseo@gmail.com
Teléfonos: (686) 554-19-77 y 552-57-15

Coordinación editorial: Mario Alberto Magaña Mancillas
Edición y formación: Juan de Dios Barajas Cárdenas
Diseño de portada: Rosalba Díaz Galindo

ISBN: 978-607-7753-34-6 (Cuadernos del CIC-Museo)

ISBN: 978-607-7753-36-0

Impreso en México / Printed in Mexico

© Universidad Pedagógica Nacional,
Unidad Mexicali
José Antonio Torres y Río Mocerito
Col. Independencia Magisterial, 21290
Mexicali, Baja California, México.
Correo electrónico:
direccionupnmxli@hotmail.com
Teléfonos: (686) 566-20-60 y 566-20-80





Índice

Prólogo	7
Introducción	17
Capítulo I. El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables	25
Taloneando por la droga.....	26
<i>Curarme</i> . Los sentidos de la droga	30
El ritual. Prácticas de consumo	33
El <i>conecte</i> . Conseguir la dosis	39
El suplicio de la <i>malilla</i>	43
Capítulo II. Redes sociales de los UDI's: hipervínculos y aislamiento	47
<i>En el mismo barco</i> . Sentidos de pertenencia.....	49
<i>Cuerazos, traquis y delgadez</i> . Marcas en el cuerpo	58
<i>Nos alivianamos solos</i> . Relatos de autodestrucción y autocuración	66
<i>Técatos</i> . El peso del estigma	77
Conclusiones	86
Capítulo III. Los espacios de exclusión	87
Delitos y prostitución. Estrategias de supervivencia ..	87
<i>Yongos</i> , picaderos y tienditas	95
Los centros de rehabilitación	101
Conclusiones	117
Bibliografía	125







Prólogo

Wittgenstein consideraba importante tener en cuenta cómo un ser humano puede llegar a representar un enigma completo para otro. Pensemos, por ejemplo, en todo lo que imaginamos cuando nos cruzamos en la calle con un heroinómano con las carnes desgarradas. Múltiples interrogantes y temores nos asaltan. Pensar y escribir sobre la realidad exige al investigador una reflexión en constante movimiento. En ese sentido, es útil cartografiar mentalmente el *lugar* antropológico de la realidad y descifrar su polifonía de contenidos, sin más pretensión que ampliar el universo del discurso; éste es uno de los objetivos de la indagación antropológica. La base de esta estrategia es el diálogo cara a cara con el otro. En esta dirección, *Engordar la vena*, el libro de Lilian Paola Ovalle, constituye –para decirlo con Cortázar– la pieza de un juego o “modelo para armar”; asimismo, forma parte de un mapa intelectual más amplio y complejo que tiene como objeto descifrar procesos situacionales urbanos asociados al consumo de drogas inyectables por vía intravenosa.

La explicación causal de los fenómenos sociales no es suficiente. No lo es dado que los actores investigados no sólo son objetos de experiencia, sino también sujetos de pensamiento. El mundo de la vida requiere, parafraseando a Merleau-Ponty, una mirada más humana, más comprensiva y vivencial, al objetivar la vida cotidiana de los sujetos. Objetivar el mundo de la vida supone desplazar la hegemonía de la razón instrumental y aterrizar en la superficie de las vivencias y de la comprensión. Entendemos por vivencia lo inmediato, aquello que posee un efecto particular y a lo que se le confiere un significado duradero; son contenidos de conciencia. Ir a las “cosas mismas”, como sugieren los



fenomenólogos, significa recuperar al *otro*; describirlo implica interpretar su sentido: tal sería la objetividad hermenéutica. La vivencia es el retorno a un yo que se trasciende; es ese algo con sentido y significado que se relata, comprende e interpreta. El mundo social está constituido por mundos subjetivos, difíciles de atrapar desde la mirada naturalista de las ciencias duras. Plantear el reto interpretativo supone una ruptura con el modelo cartesiano, pero al mismo tiempo exige la construcción de una superficie narrativa que, tal como pensaban los románticos del siglo XIX, permitan al investigador “atreverse a sentir” o, como sugiere Baudelaire, a vivir heroicamente a través de la pasión y la fuerza. Trazos de lo anterior los encontramos en el trabajo de Ovalle, en su intento de recuperar etnográficamente los discursos y las prácticas sociales de los sujetos que registran cierto grado de abuso en la ingesta de heroína, cocaína y anfetaminas en Mexicali, Baja California.

El resultado de la investigación plantea un esfuerzo importante por entender al *otro*, el estigmatizado usuario de drogas inyectables, ubicándolo fuera del rigorismo del modelo penal o del médico-sanitario; entendiendo el fenómeno del consumo, no como una enfermedad, sino como un problema que se puede explicar desde lo social y lo cultural. La autora recupera la voz de los usuarios de una membresía marginal que gira en torno al ritual de la aguja, el gran teatro de los *tecatos*. Los datos cualitativos reafirman la hipótesis de quienes pensamos que sin la escenificación del drama la “adicción” carece de sentido. Reflexionemos un poco sobre el complejo cultural de la aguja.

La medicina moderna experimentó una revolución terapéutica gracias al desarrollo de una tecnología instrumental en particular: la aguja hipodérmica. A través de ella fue posible ampliar el interés por la medicina endovenosa en el mundo occidental. También, gracias a este artificio se hizo posible la inoculación de sustancias debajo de la piel; entre éstas la morfina, usada en el tratamiento de padecimientos crónicos y neuralgias. Aunque existieron diversos instrumentos para inocular morfina al torrente



sanguíneo, Davenport-Hines¹ le atribuye al médico Alexander Wood el diseño definitivo, en 1856, de la jeringa hipodérmica, que sigue –al parecer– el modelo del aguijón de la abeja. La paternidad del vocablo “hipodérmica” pertenece al médico londinense Charles Hunter. Éste, a diferencia de Wood, que aplicaba morfina en la zona subcutánea, cerca del foco de dolor o de neuralgia, optó por aplicar el opiáceo en diferentes partes del cuerpo, entre éstas el BRAZO, el órgano doloroso donde se focaliza la satisfacción primaria del deseo y también del abuso. El pasaje al acto de la representación. El brazo y la vena, como agujero de la angustia que acompaña a la supresión de la sustancia.

La morfina, el activo primario del opio, tributo a Morfeo –el dios griego de los sueños– se aisló en 1803 en la ciudad alemana de Einbeck. Su descubridor fue Friedrich Sertürner, quien obtuvo un reconocimiento de 2 000 francos por “abrir el camino hacia importantes descubrimientos médicos”. En lo sucesivo, la prescripción de morfina como droga medicinal se convirtió en una práctica habitual. La nueva medicina emergió como una varita mágica; “medicina de dios” la llamó William Osler, un prestigiado facultativo capaz de curar hasta “54 enfermedades”.² No obstante, muy pronto se hizo palpable el consumo habitual de la sustancia con fines recreativos; la “mórbida pasión por la morfina”, para Eduard Levinstein. Asimismo, surgió la preocupación por su potencial adictivo. La inyección intravenosa de morfina es, al parecer, una práctica que se generaliza tras la prohibición de fumar opio, en 1909, y la aprobación de la Harrison Narcotic Act en 1914, en Estados Unidos. La prohibición dispara la “enfermedad americana”. Así la llamó David Musto, aludiendo a la práctica de inyectarse con fines recreativos, en el seno de una sociedad caracterizada por el mercado del consumo. Elzbieta Tarkowska ha denominado “humanos sincrónicos” a quienes viven únicamente para el presente, entre el júbilo, la angustia

¹ Richard Davenport-Hines, *La búsqueda del olvido*, Turner/Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2003.

² Véase Charles Levinthal, *Mensajeros del paraíso*, Gedisa, Barcelona, 1989.



y un vacío en la identidad (*Cfr.* Bauman, 2008).³ Éstos son los costos de la cultura de masas, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial y en la década de los setenta, años decisivos en lo que se refiere a la expansión del consumo de heroína.

La empresa farmacéutica Bayer salió al paso de las preocupaciones sociales que generaba la morfina comercializando en 1898 una sustancia que Alder Wright aisló en 1874, luego de hervir morfina y ácido acético: la heroína, el opiáceo más estigmatizado por instancias religiosas, médicas y penales. El estigma convierte a la sustancia en un poderoso atractivo cultural. A la heroína –vocablo que proviene del alemán *heroisch*– se le atribuyen efectos heroicos, se le publicita como un recurso de cura para los morfinómanos, ofreciendo además una ventaja adicional: la ausencia de riesgos de adicción para el usuario.

Antes de 1914, tal como sucedía con otros objetos de consumo, los fármacos podían comprarse sin restricción alguna. No se limitaba el ejercicio de la automedicación, derecho básico en el campo de las libertades individuales. La Food and Drugs Act, del 30 de junio de 1906, suscrita por el Congreso estadounidense, tenía como propósito salvaguardar los intereses de los usuarios evitando el falso etiquetamiento y la adulteración de los medicamentos. El comprador podía identificar la identidad de los productos que compraba. Según refiere Thomas Szasz (1994),⁴ para el caso que nos ocupa, la citada ley –artículo 34– consideraba falsamente etiquetado al frasco que no mostraba por escrito las cantidades o proporciones de alcohol, morfina, opio, cocaína o heroína.

El libre mercado de drogas se eliminó en 1914. Las drogas, incluso con fines médicos, fueron prohibidas. La Convención sobre el opio de 1925 limitó la elaboración de heroína con fines medicinales a laboratorios de Europa y Japón. Paradójicamente, los laboratorios Bayer –gracias al comercio legal de heroína– se transformaron en una poderosa compañía farmacéutica, cuan-

³ Zygmunt Bauman, *Bienes de consumo. Vivir en una época de incertidumbre*, Tusquets, Barcelona, 2008.

⁴ Thomas Szasz, *Nuestro derecho a las drogas*, Anagrama, Barcelona, 1994.



do que en sus orígenes se había dedicado a la elaboración de tintes. De los años setenta en adelante, la heroína es calificada como droga sin utilidad terapéutica; se reafirma también como el opiáceo ilegal por excelencia, el arma letal de la “drogadicción”, la “drogodependencia”, la “toxicomanía”, la “adicción”, entre otros eufemismos que alimentan la plétora discursiva de la prohibición.

La heroína juega el rol de “droga maldita”, “infernala”, “síntesis de la maldad”. Los usuarios del piquete intravenoso escenifican, a su vez, el estigma de seres perversos, psicópatas, finalmente... “enfermos”. No de otra manera se explica el ataque masoquista al cuerpo. El estigma, tal como lo pensaron los griegos, se hacía visible a través de marcas corporales que identificaban al sujeto como traidor o criminal. En el consumidor de heroína, las “marcas del vicio infame” se exhiben en el *cuerazo*, la herida purulenta con su típico olor a carne podrida. Conducta típica del consumidor compulsivo, suicida. Nada que ver con la automedicación responsable y prudente centrada en la ebriedad y la fiesta de los sentidos, donde las marcas de la aguja no son visibles: el absceso truculento es inexistente; según registros etnográficos se trata de usuarios que mantienen el control sobre la droga, negándose a asumir y representar la imagen social del flagelo. No se identifican con el imaginario de la necesidad del *piquete* redentor.

La heroína es inyectable; también se fuma, se inhala o se introduce por el recto. Consumida por vía oral, al parecer, no produce ningún efecto. A diferencia de las otras formas de consumo, la ingesta intravenosa de heroína con cierto estándar de pureza logra un efecto en fracciones de segundo, debido a que penetra rápidamente la barrera hematoencefálica; en el cerebro se hidroliza a morfina. La heroína es sedante; eficaz como barrera al temor, a situaciones de duelo que ocasionan las pérdidas emocionales, cargas de angustia y desequilibrios de personalidad. Para Antonio Escotado (1990),⁵ el “efecto

⁵ *El libro de los venenos*, Mondadori, Madrid, 1990.





Prólogo

apaciguador” de la heroína, permite el surgimiento del hábito. El usuario busca repetir los efectos gratos. Es una droga introspectiva, no suministrable en el ámbito de una fiesta doméstica. Produce ensoñación. Mezclada con cocaína o anfetaminas —el *speedbal*—, logra un doble efecto: combina las propiedades apaciguadoras de la heroína con la excitación del sistema nervioso central, el efecto típico de la cocaína. Equivale a “subir y bajar”. El equilibrio de la mezcla es inestable, de ahí el riesgo. En la combinación intravenosa, la acción de la heroína se mantiene por mayor tiempo; sin embargo, el efecto de la cocaína cede. Con el objeto de restablecer los efectos de la mezcla, es normal que el usuario acceda nuevamente al consumo de cocaína, catalizando la posibilidad de una sobredosis. Conocer estos aspectos es parte fundamental de una política liberal basada en la reducción de daños o en el manejo racional del riesgo. El usuario debe conocer los mecanismos de la droga que consume.

Ahora bien, lo que normalmente consume la mayoría de los usuarios, sea en Madrid, Buenos Aires, Tijuana o Mexicali, difícilmente supera un contenido de 5 por ciento de heroína. El mercado negro expende dosis de ínfima calidad, adulteradas con excipientes como chocolate en polvo, estricnina o anfetaminas de farmacia. Los usuarios entrevistados por Ovalle declaran comprar “un gramo de heroína en cien pesos”. Cifra irrisoria. Suponemos, entonces, que se trata de droga adulterada, *cortada*. Un kilo de heroína pura en los precios actuales del mercado internacional oscila entre 150 y 200 mil dólares. Planteado lo anterior, resulta difícil admitir una adicción a la heroína; advertimos que algunos adulterantes anfetamínicos son más poderosos que la heroína pura y, en ocasiones, son responsables de reacciones anafilácticas mortales. Incluso, el síndrome de abstinencia, *malilla* o *mono*, en este tipo de usuarios callejeros no pasa de ser un malestar menor, no más intenso que una gripe, y sin riesgo alguno de muerte. La *malilla* que declaran los *tecatos* de Mexicali entrevistados por Ovalle no corresponde en modo alguno a los signos de un síndrome de abstinencia clásico o severo.





Algunos estudiosos que han indagado en el tema del abuso de drogas inyectables (Escohotado, Gamella, Romani, Cajas) sostienen que lo realmente adictivo es el complejo cultural sobre el que se escenifica el drama del consumo: el “álgebra de la necesidad” lo llamaba Burroughs. Escohotado alude a cierta “cofradía de la aguja”, una suerte de ejercicio ritual donde declararse adorador y víctima de una droga infernal forma parte de una cartografía instalada en los imaginarios del consumo. El oficiante del ritual es el *yonqui*, el *falopero*, el *tecato*, aquel que declara tener las venas sedientas de droga: “Soy capaz de lo que sea con tal de tener esa sustancia en mi cuerpo.” Declararse heroinómano implica hacer del consumo una forma de vida, asumir una subculturalidad cotidiana que se expresa en redes sociales y familiares, en la asunción de un lenguaje particular, en una forma de vestirse, en una manera de mover el cuerpo y en estrategias de la lástima para sobrevivir. Entre estas últimas destaca el *cuerazo*, la antítesis de un cuerpo sano; la llaga exhibe el simulacro de la decadencia, la triste sorpresa del reclamo social: la herida secunda el acto de la mendicidad pública, sin la cual no se puede acceder ni a la *chiva* ni a los *cuetes*. Los *picaderos*, tanto en Tijuana como en Mexicali, planteados como espectáculo, evocan la puesta en escena de los personajes de Bertolt Brecht en *La ópera de los tres centavos*: sujetos que se disfrazan de mendigos, dramatizando heridas en el cuerpo con el objeto de sensibilizar el corazón y el estado de ánimo de los transeúntes, obteniendo a cambio el lucro deseado. Los brechtianos “jovencitos caídos en desgracia” guardan cierta similitud con el entorno que caracteriza a los usuarios extremos:

El hecho de *chutarte* te creaba ya una historia. Llegó la moda, y te ponías, y era como si fueras más. Es la aguja lo que te engancha. La heroína es una sustancia más; en un momento dado es como el vino. Pero te construyes una vida alrededor de eso. Y como es un núcleo tan pequeñajo en el que nadie hace nada, pero nada, lo único es consumir en un círculo. No es: ahora tengo droga, ahora uso la droga para hacer esto o lo otro. Qué va,



una vez que lo has conseguido, a esperar que se acabe, a luchar para que se acabe, para ponerse otra vez a buscar (Escohotado, 1990:75).

La heroína porta el estigma de ser una droga que mata. No obstante, por definición, cualquier medicamento puede ser remedio o veneno, todo depende de la dosis consumida. El estigma-pánico moral convierte a los cofrades de la aguja en usuarios de la “más dura” de las drogas: la heroína. El uso extremo confiere identidad social e individual; es más importante que el hábito, la dependencia o la adicción. Conceptos borrosos, ambiguos. “Giros verbales” los llamó Freud. El vicio, esa suerte de “órgano fantasma”, tal como lo denomina Le Poulichet –sin la droga no puedo caminar– es el imputable de cualquier vileza:⁶ “robo para comprarme la *chiva* y la insulina”, “me prostituyo por una dosis; estamos muertos en vida”. Asumir la *malilla* es la esencia del simulacro: “Ah, una pinche lacra menos, que se muera. Es lo que dice el médico.” La autoconmiseración es el lamento de la criatura vencida que reclama la intervención del leviatán terapéutico. El usuario se reivindica como enfermo, esto es, como víctima. Porta sobre su ego territorial, el cuerpo, las huellas de la “enfermedad” que lo asesina y que no lo suelta; la piel rota rompe la armonía. Las llagas son el estigma, la huella de una humanidad vulnerable. El cuerpo exhibe, no los estragos de la droga, sino el paisaje de una batalla librada contra la desnutrición, la anemia, la tuberculosis, los abscesos o, el “mal” mayor, el castigo de la ira divina, el VIH/sida, que es como la lluvia de fuego sobre Sodoma.

El síndrome de abstinencia en nuestra opinión es leve; aun así, se configura como el rito iniciático del cofrade. En este sentido, es interesante destacar uno de los obstáculos que han enfrentado los programas de reducción de daños o riesgos en lugares como Madrid. Estas iniciativas buscan, sobre todo después de la pandemia del VIH/sida, que los usuarios consuman

⁶ Véase Sylvie Le Poulichet, *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*, Amorrortu, Buenos Aires, 1990.



drogas en condiciones de asepsia: algodones, jeringas, agujas esterilizadas, etcétera. En la capital española se habilitaron lugares para intercambiar jeringuillas viejas por nuevas; incluso, se contó con personal capacitado para inyectar al adicto heroína o metadona. Curiosamente, y esto reafirma nuestra hipótesis, los usuarios recibían las jeringas nuevas y las vendían, usando las monedas que obtenían en la transacción para salir arrastrándose a buscar dosis adulteradas y agujas colectivas en las chabolas. Los consumidores extremos de drogas intravenosas no se interesan por la reducción del riesgo. Si se les entrega heroína pura no la rechazan, sencillamente la usan para *cortarla* y revenderla. Los ritos sociales del consumo constituyen una variable concreta. A través de ellos reconfiguran el imaginario de una identidad deteriorada; la aguja los hace habitantes de un mundo paralelo: el de la exclusión social y los estigmas.

El consumo extremo de drogas inyectables es, desde luego, un fenómeno preocupante; no obstante, tal como señala la autora, es necesario replantear la mirada acerca de estos grupos minoritarios, repensar los múltiples enigmas del deseo, desideologizar el tratamiento. No se trata ni de enfermedad ni de un mal moral. Sea, pues, bienvenido el libro de Lilian Paola Ovalle; a través de sus páginas se develan testimonios brutales de la frágil condición humana, galería donde el placer por lo prohibido circula a contrapelo del pudor y la moral de los hipócritas.

Juan Cajas







Introducción

Limpiavidrios, repartidores de publicidad, ex adictos rehabilitados pidiendo tu colaboración, tragafuegos, maromeros, cuidacarros que te ofrecen lavar tu automóvil por unos cuantos pesos, indigentes sin hogar. Actores sociales que te podrás encontrar en un recorrido ocasional por la ciudad de Mexicali. Sujetos que se han integrado a la cotidianidad hasta el punto de pasar inadvertidos. Sin embargo, algunos de ellos están allí, como la cara visible de un mundo que permanece velado para amplios sectores de la población: el mundo de vida del consumo de drogas inyectables.

Precisamente, el objetivo de este trabajo es describir e interpretar la cotidianidad de estos sujetos, reconocidos socialmente como “los rostros del desorden y la desintegración”. Su título hace referencia a una práctica social reconocida y recurrente en la jerga de los usuarios de drogas inyectables (UDIS): “Engordar la vena”. En su sentido literal, esta frase describe la necesidad de los usuarios de drogas inyectables de dosificar su consumo cuando su cuerpo no da para más. Cuando sus venas se han secado producto de la compulsiva ingesta; cuando ya no hallan los resquicios de su cuerpo en los cuales pincharse para tener una “buena cura” y deben encontrar la manera de salir del círculo en el que se sienten atrapados. En su sentido menos obvio, la práctica social de estos grupos de “engordar la vena” es la metáfora que refleja la complejidad intrínseca del problema.

Parar de consumir un tiempo, recuperar las fuerzas, “engordar la vena”. Desde una mirada ajena a sus coordenadas de sentido, la frase puede ser leída como la postura cínica y concluida de un vicioso empedernido que calculadoramente agarra fuerzas para





Introducción

poder continuar con su consumo hedonista. Pero un ejercicio hermenéutico que permita trascender las barreras de lo axiomático y el conocimiento integral de su mundo de vida y de su cotidianidad posibilita descifrar en esta práctica las ilusiones perdidas de quienes queriendo salir de su adicción no encuentran los caminos para hacerlo.

Pero para descifrar las tramas de sentido y las prácticas sociales que delínean las relaciones cotidianas de estos sujetos se debe recordar que las “drogas” se han constituido socialmente como problema desde modelos de percepción y gestión aparentemente divergentes. Se pueden destacar tres modelos que están integrados en forma evidente en los discursos oficiales sobre las drogas y sus usuarios: el religioso, el jurídico-represivo y el médico-sanitario (Escohotado, 1992, 1994a, 1994b; Szasz, 1990).

Para el primer modelo las drogas representan el mal y los consumidores y adictos son considerados “pecadores”. Por su parte, el jurídico-represivo establece que la producción, venta y consumo de drogas debe abordarse como un delito, lo que da como resultado la estigmatización y criminalización del adicto. Y finalmente, en el modelo médico-sanitario el consumidor de drogas pasa a ser concebido como un enfermo al que hay que curar.

Este último enfoque empezó a gestarse alrededor de 1920 con el trabajo del farmacólogo y antropólogo L. Lewin, cuyo trabajo clínico con morfinómanos y adictos a otras sustancias le permitió elaborar los principales referentes conceptuales que aún en la actualidad definen el problema de las drogas. *Dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y clasificación de las diferentes drogas* (Escohotado, 1994b) son los conceptos que se han integrado en el discurso oficial a través del cual se entiende y se gestiona el llamado “problema de las drogas”.

En la gráfica 1 se pueden apreciar importantes coincidencias entre los tres modelos predominantes en la construcción,



explicación y gestión del “problema de las drogas”. En primer lugar se puede resaltar que, a pesar de que las concepciones de los usuarios de drogas ilegales son diferentes entre sí, los tres modelos esencializan a estos sujetos. Sea *pecador*, *delincuente* o *enfermo*, estos modelos cristalizan al consumidor de drogas con rígidas etiquetas que soportan un estigma. De esta manera se desconoce la heterogeneidad en las formas de consumo y, lo más importante, se restringe la agencia de los consumidores de drogas.

<i>Enfoque</i>		<i>Representación del usuario</i>		<i>Solución</i>
Normativo-religioso	→	Pecador	→	Salvarlo
Jurídico-represivo	→	Delincuente	→	Castigarlo
Médico-sanitario	→	Enfermo	→	Curarlo

Gráfica 1. Discurso oficial sobre los usuarios de drogas.

Otra coincidencia que se debe señalar en estos tres modelos es la normatividad que se evidencia en su planteamiento. En su explicación se aprecian claros referentes hegemónicos del “deber ser”, sacrificando así el estudio y el análisis de “las cosas como son”. Por ello, con estos modelos se institucionaliza el problema; se prevé el diagnóstico, la intervención, la reinserción social, e incluso se representa el papel que el consumidor de drogas habrá de tener en la sociedad como “ex adicto”.

En síntesis, aunque estos tres modelos son aparentemente alternativos, constituyen el discurso oficial sobre el “problema de las drogas” y confluyen en la representación social del adicto. Sin embargo, existe otro modelo explicativo articulado a los anteriores y que va ganando cierta aceptación en el campo académico: el modelo sociocultural.



Introducción

Este modelo parte del consenso de que para dar cuenta del fenómeno de las drogas es necesario atender las variables del individuo, de la sustancia y del contexto sociocultural; pero considera que el análisis del contexto sociocultural en el que ocurre el consumo es fundamental. Este modelo considera que el contexto define determinada construcción del sujeto, ciertos sentidos del consumo y de la sustancia, diversas formas de ingestión, distintas técnicas de uso, determinadas dosis, entre otros factores.

El modelo sociocultural se ha consolidado mediante diversos trabajos que se vienen realizando en el campo del conocimiento de la antropología urbana, la psicología social y los estudios culturales (Comas, 1985; Arana y Olmo, 1986; Schnitman, 1987; Draper, 1986; Elzo, 2000; Echarren, 2002). Con base en la exploración etnográfica de diversos circuitos de consumo, se construyeron algunos abordajes que logran desvincularse de los discursos oficialmente aceptados y señalan a detalle la complejidad que se esconde en el consumo de drogas.

Como es de suponerse, el presente trabajo explora los circuitos de consumo de los usuarios de drogas inyectables desde una perspectiva sociocultural. Específicamente, se exploran los discursos y las prácticas de estos usuarios. Desde una perspectiva cualitativa, este estudio es el resultado de un acercamiento etnográfico.

Es importante aclarar que gran parte de los datos cualitativos que sustentan el trabajo que aquí se presenta fueron recogidos en el marco del proyecto “Exploración de Campo para la Atención Integral a Usuarios de Drogas Inyectables (UDI’s) en Mexicali y San Luís Río Colorado”, que fue realizado por la ONG internacional Population Services International (PSI), en el que tuve la oportunidad de participar como enlace en el trabajo de campo realizado durante octubre de 2007.

Por otra parte, no se debe perder de vista que aquí se reconstruye el mundo de vida de una población que permanece oculta y velada a cuenta de un largo proceso de estigmatización social. Por ello es de esperarse que sea difícil el acceso a ese mundo y que presente resistencia al abordaje por las metodologías clásicas.



Las técnicas escogidas para realizar este trabajo fueron la observación directa y la entrevista con informantes clave. Se eligieron estas técnicas ya que permiten acceder a este particular mundo de vida y evidenciar las diversas articulaciones de estos sujetos con su contexto sociocultural y con los espacios sociales a los que tienen acceso en la ciudad que habitan.

La información se recabó por medio de un muestreo teórico (Trinidad, 2005), lo cual implicó que el número de entrevistas realizadas y el tiempo de observación estuvieron supeditados a los datos emergentes. En otras palabras, el muestreo fue abierto y flexible, pues se tuvo una permanencia en el campo hasta que se empezó a identificar cierta saturación en los datos, lo que llevó a que las observaciones y entrevistas con informantes clave se realizaran hasta que la información recolectada empezó a ser repetitiva.

En total, se llevaron a cabo 24 entrevistas a profundidad con sujetos usuarios de drogas inyectables y se elaboraron notas de campo de ocho horas de observación directa en escenarios de consumo, como picaderos, *yongos*, sitios públicos y hogares de los usuarios. Debido al volumen de la información recolectada, los datos fueron procesados y analizados con el soporte informático del programa de análisis de datos cualitativos Atlas Ti (Muñoz, 2005). El uso de este *software* evitó la tediosa tarea de realizar manualmente toda la codificación, lo que facilitó que se hiciera un análisis sistemático del contenido manifiesto y latente en la información recolectada.

En este texto, el procesamiento de los datos cualitativos se realizó siguiendo los lineamientos propuestos por la perspectiva metodológica conocida como “teoría fundamentada” (Glasser, 1998; Trinidad, 2005). En esta perspectiva es primordial enfocar la atención en los procesos de transformación de la información recolectada. Según esto, lo verdaderamente importante en un estudio no es la recopilación de los datos sino la forma en que estos datos son usados y procesados. Por ello, en este texto los datos recolectados fueron cuidadosamente revisados antes de llegar a



descripciones o a conclusiones sobre el modo de vida del grupo estudiado.

Antes de identificar las interacciones y los sentidos que estructuran la cotidianidad de los usuarios de drogas inyectables, se buscaron las semejanzas y las diferencias en el contenido de las opiniones y las prácticas recolectadas. Sólo a partir de tan minucioso trabajo de análisis se llegaron a sintetizar los patrones de comportamiento que se repiten y las regularidades en las prácticas y discursos de esos usuarios.

Sin embargo, este trabajo también se nutre de la “perspectiva narrativa” del análisis de datos cualitativos (Toolan, 1994; McLeod, 2000; Murray, 2003), especialmente en el énfasis que pone esta propuesta en las estrategias de comunicación de los resultados de la investigación. Uno de los problemas metodológicos centrales en este enfoque es encontrar la forma más adecuada para informar y representar el análisis. En este sentido, plantea la necesidad de ofrecer a los lectores acceso directo a los datos primarios tanto como sea posible.

Consistente con esto, en la estructura del texto se han evitado las referencias y las interlocuciones con la teoría y la literatura especializada. Desde luego, esto no significa que se haya olvidado el componente teórico, pues el texto se nutre de los aportes de teóricos y estudiosos del tema en cuestión, los cuales son señalados en las referencias bibliográficas. No obstante, por su definición como texto de difusión para un amplio público, el estudio se centra en la descripción y la interpretación de los datos empíricos recolectados en el trabajo de campo.

Igualmente, en los capítulos que siguen se observa que la voz del investigador aparece marginalmente, ya que la voz más importante del libro es la de quienes conforman los circuitos de consumo de drogas inyectables. Las largas narraciones de los informantes dan la oportunidad de que el lector saque sus propias conclusiones y permiten que la voz de los sujetos involucrados se escuche sin la mediación, censura o intervención del investigador. Por tal razón, el discurso de los informantes es apenas editado



para facilitar la lectura, pero evitando al máximo manipular o cambiar el sentido de sus palabras.

Sin duda, la descripción e interpretación del mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables incluye diferentes vertientes de análisis. A pesar de ello, en este texto se realiza la difícil tarea de dar a conocer todo esto en un informe unificado. El primer capítulo expone los elementos fundamentales del mundo de vida de los UDIS. Esto es, los sentidos y significados que circulan por sus redes de interacción y las prácticas sociales regulares en su contexto. Específicamente, se exploran de manera específica los sentidos que construyen sobre la droga, la búsqueda de la sustancia y la práctica misma de “inyectarse”.

El segundo capítulo, titulado “Redes sociales de los UDIS. Hipervínculos y aislamiento”, se centra en las interacciones entre los usuarios de drogas inyectables. Allí, a través de los discursos de los informantes se accede al tipo y a la intensidad de las relaciones sociales que establecen estos sujetos. En este capítulo se considera que la perspectiva teórica del análisis de redes sociales permite superar las categorías dominantes y entender la compleja lógica que se esconde en sus actos y en su mundo de vida.

Finalmente, en el tercer capítulo, “Los espacios de la exclusión”, se aprecia con mayor claridad el arbitrario estigma que recae sobre los usuarios de drogas inyectables. Al explorar el lugar social que ocupan estos sujetos en el contexto de la ciudad, se evidencia que su problema no es que estén discriminados o que se les impida el acceso a ciertos ámbitos; el problema es que no “están”, que han sido “borrados”. Como se observa en el capítulo, un complejo proceso de exclusión social los ha orillado a segregarse en territorios apartados y diferenciados.

Como también se podrá observar, la estructura del presente documento va hilando algunas de las piezas del rompecabezas y trazando los límites del mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables de Mexicali. La definición social de los usuarios de este tipo de drogas se establece en comparación con la de los no consumidores. Así, su posición social se percibe como *diferente*





Introducción

e *inferior* a la de la mayoría. Se le excluye de toda participación social y son los demás quienes, ubicados en posiciones superiores, toman la palabra por ellos.

Por lo tanto, distanciarse del sentido común para describir e interpretar sus actos en los términos de su propia cultura significa superar las barreras de la estigmatización o, en el otro extremo, de la romantización del marginal. Al evitar al máximo estos dos lugares comunes –el estigma y las posturas “románticas”–, la interpretación de este texto intenta ver más allá de lo obvio. Y retomando la práctica social de “engordar la vena” como metáfora del lugar social que se les ha asignado, desentraña los sentidos que circulan por su mundo de vida.





Capítulo 1. El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

*E*l consumo de drogas no siempre implica un problema para el individuo. Aunque seguramente este planteamiento puede causar escozor entre los sectores más conservadores, que prefieren mantener su punto de vista sobre la altísima peligrosidad de las drogas, lo cierto es que existe un límite muy difuso entre el uso y la adicción¹ de/a estas sustancias. En el campo de estudio del problema de las drogas aún se debaten los indicadores que permitirían diferenciar entre un *consumo social* de drogas que no resulte problemático para el individuo y el problema social de la *adicción*, que trastoca la cotidianidad de los sujetos dependientes de estas sustancias.

Por otra parte, desde una perspectiva sociocultural se entiende que los individuos no se transforman en adictos al margen de los procesos y contextos en los que viven; sin embargo, esto no significa que desde esta perspectiva de análisis los sujetos dependientes de las drogas sean considerados víctimas de las circunstancias o de los procesos en los que están inmersos. Por el contrario, un análisis que integre los aspectos culturales reconoce la capacidad de agencia de los actores e identifica las adicciones como responsabilidad y construcción del individuo.

Estos señalamientos resultan fundamentales para ubicar los universos de sentido y los contextos socioculturales que se describen en este apartado. El mundo de vida que se describe

¹ Entendida como el impulso irreprimible por consumir drogas de forma continua y periódica para evitar el malestar causado por la privación de la sustancia (síndrome de abstinencia).





El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

a continuación está teñido de marginación, discriminación y “desviación” de los cánones sociales, por lo que su lectura podría prestarse para reivindicar los puntos de vista que identifican al adicto como “lacr social”. Para evitar esto, es necesario reconocer la existencia de un consumo de drogas que no supone problemas para el individuo. Éste sería el primer paso para evitar caer en los lugares comunes que señalan las relaciones maniqueas entre drogas-delinuencia, drogas-violencia o drogas-maldad. Igualmente, reconocer las adicciones en su dimensión social e individual es fundamental para evitar análisis reduccionistas que señalan a los adictos como chivos expiatorios de la desintegración social.

En este apartado se expone la vida cotidiana de los usuarios de drogas inyectables que viven en Mexicali. El mundo de vida de estos sujetos –las tramas de sentido y las prácticas sociales que delínean sus interacciones y relaciones– es narrado y descrito desde su propia perspectiva. En este sentido, este texto sólo es un puente que amplifica la acallada voz de los *adictos*. En las siguientes líneas, quienes cargan con el estigma de *tecatos* narran en sus propias palabras su cotidianidad y el mundo de interacciones en el que viven.

Taloneando por la droga

Para José yo no existo. El día anterior, cuando le planteé mi idea de estar con él durante todo un día, se mostró renuente: “¿Cómo? ¿Todo un día conmigo? Nooo. Te vas a enfadar”. Pero ahora, desde que empezó mi observación, no parece percatarse de mi presencia. Llegué en la mañana a su casa, antes de que se inyectara su primera dosis. Su pareja me dejó entrar.

“Está enfadado”, me dijo. Ingenuamente creí que era por mi presencia. “Nooo, ni se acuerda que vienes. Es que no llega la





conecta.” José tenía el ceño fruncido, las manos temblorosas, se movía rápidamente por la habitación, murmuraba cosas y gritaba a su pareja.

“Es la *malilla*; me grita por eso, pero él no es así”, me dijo, justificándolo. Pasaron más de 20 minutos y pude ver cómo aumentaba el malestar de José. Quise irme y pensé que definitivamente no era buena idea que yo participara en estas observaciones. Pero finalmente llegó la droga que esperaban. José estaba muy tembloroso, y su pareja decidió prepararle la sustancia. Mi intención era preguntar sobre los diferentes elementos que intervienen en el consumo, pero supuse que no era el momento. Él le gritaba a su pareja para que se apresurara en la preparación. Después de que se inyectó, pude hablar con él.

No fue como lo imaginaba. Suponía que después de inyectarse quedaría como ausente, con los ojos desorbitados, ensimismado o hablando incoherentemente. Por el contrario, después de la dosis el discurso de José ganó coherencia. Regresó a “la realidad” y se percató de mi presencia en su casa. Me saludó, me pidió disculpas por el estado en el que lo vi y por las maldiciones a su pareja. “Así es todos los días, todos los días. Hasta que no me curo, no estoy bien”, me dijo. En el resto del día, la observación me permitió corroborar que lo que depara un día en la vida de José está supeditado a la búsqueda compulsiva de la droga.

Entonces, ¿cómo es un día normal para quienes están fuera de la norma? Para los usuarios de drogas inyectables, las horas del día transcurren como enemigas ante el temor de no conseguir la dosis necesaria. Generalmente son consumidores de sustancias como la cocaína, el *crystal* y especialmente la heroína, drogas catalogadas como *duras* o *altamente adictivas*. Este dato es fundamental para entender la imperiosa necesidad de la droga que marca la rutina de estos sujetos. Como se podrá apreciar en sus breves comentarios sobre el transcurrir de sus días, el tiempo se alarga



o se acorta dependiendo del acceso a la dosis y el espacio que habitan es grato o agobiante según la posibilidad de consumir la droga.

Rosita comenta cómo transcurre un día normal así:

Bueno, pues, desde que me levanto, como es típico en los adictos como nosotros, ¿verdad?, levantándonos a preparar la *cura* para curarnos; de ahí, pues a darnos un baño, alistarnos para irnos a trabajar. Y pues de aquí a que le salga trabajo a uno, pues hasta que se ocupe, y así. Prácticamente, ésa es la rutina de uno desde que se levanta hasta que se duerme, taloneando por la droga.

La expresión “taloneando por la droga” remite a la situación que describen los demás informantes sobre la búsqueda ansiosa del dinero necesario para conseguir la dosis. En este sentido, se vive al día, haciendo lo necesario para mantener un “costoso vicio”, según sus propias palabras.

Para descifrar el contenido del discurso de estos sujetos es necesario observar de quién o desde dónde realizan sus afirmaciones. En este caso, la informante responde a la pregunta sobre cómo es un día normal para ella, englobándose en el grupo de “nosotros los adictos”. Este elemento le da un matiz muy específico a su relato, ya que expone su identidad y su pertenencia a un colectivo específico.

En la respuesta de otro de nuestros informantes se observa precisamente lo contrario. A la pregunta sobre cómo transcurre un día normal en su vida, Santiago responde en primera persona y hace un relato de los sucesos vividos el día de la entrevista.

Mira, pa' no hacértela más larga, te cuento el día de hoy. En la mañana me levanté, y no tenía pa'l vicio, pues. Generalmente me despierto sin pa'l vicio, y mi patrón me da todos los días en las mañanas cuando llega. Como a eso de las nueve de la mañana tengo que estar inyectado ya; si no, empieza la deses-



peración, y hasta me pongo a alegar con mi pareja y todo, ¿sí me entiendes? Todo me parece mal. Pero llegué, y no llegaba mi patrón. Llegó tarde, y ya estaba desesperado. Llegó como a las diez de la mañana, y con el dinero que me dio conseguí la dosis, me inyecté y ya me relajé. Y ya todo anduvo bien; ya me puse a trabajar. Pa' mediodía pos ya quería otra dosis y no tenía dinero; entonces me empecé a desesperar, me empecé a desesperar... Pero como llegó un amigo mío y me dijo: "Conéctame", y ya lo conecté y me pude volver a inyectar. O sea, si me dice "conéctame", se entiende que necesita que le consiga droga a él. O sea, él me dijo: "¿Sabes dónde venden? Te voy a dar". "¡Sobres!" Y compró 200 pesos, y ya me regaló 40 rayas del *cuete*. Son 100 las que trae el *cuete* y él me dio 40. Me inyecté 20 y ya me puse bien a gusto. Seguí trabajando, pero ya *horita*, *horita* que me hablaste, *horita* ya traía las otras 20 rayas aquí. Se suponía que eran para más tarde, pero fui y me la inyecté. No se me nota que ande drogado, ¿sí me entiendes?; pero fui y me drogué antes de empezar a platicar. O sea, fijate la mente, ¿no? Dije: *Voy a estar ahí y la muchacha me va a enfadar*. La mente empezó a dar a mil por hora; me sentí ansioso. Por eso ya me inyecté *horita* y ya estoy bien relajadito. Según yo, siento que estoy a gusto, pero es momentáneamente, porque ya *horita*, a las diez, once de la noche, el cuerpo ya me empieza a pedir más heroína, ¿y dónde voy a agarrar? Tengo que esperarme hasta que amanezca.

En este relato, Santiago es bastante explícito al señalar la incertidumbre constante y la ansiedad por no tener asegurado el consumo de la droga. Esto es algo que plantean de manera escueta prácticamente todos los informantes. Por ejemplo, Adriana señala:

Normalmente me levanto a las diez de la mañana, y en cuanto me levanto, pues ando viendo a ver qué hago para curarme. Luego que ya me curo puedo empezar a lavar, a hacer comida y cosas de la casa. Después ya me voy a trabajar, a vender ropa. Y estoy por aquí, en la calle, hasta la madrugada, a ver qué me pongo a hacer para sacar dinero para la cura.



El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

En este mismo sentido, *El Negro*, uno de los pocos informantes con un trabajo estable, como conserje en una escuela, afirma:

Un día normal es un día que empiezo poniéndome la droga. Me levanto a las siete am, y pos sobre la cura, si no, no anda a gusto uno. Ya cuando estoy en el trabajo, mientras estoy allí, no me inyecto. Tengo que esperar a salir. Cada vez es más difícil y el tiempo pasa más lento. Salgo a las tres pm, y ya sobre la dosis.

Curarme. Los sentidos de la droga

Como se observó en las respuestas anteriores, estos actores nombran de una manera muy particular el acto de consumir droga. No sólo dicen “me inyecto”, “me la meto”; dicen “nos *curamos*”. En Baja California, especialmente en el mundo juvenil, la palabra “cura” es utilizada continuamente y con diferentes acepciones. Generalmente se utiliza para señalar que algo es divertido, bueno o interesante. Por ello, para el caso específico del consumo de drogas inyectables, el vocablo “curarse” puede estar asociado a dos sentidos complementarios. Por un lado, asociado al sentido coloquial de “algo divertido y placentero”, haciendo alusión a la sensación agradable del consumo, y por el otro, asociado al sentido estricto de la palabra, que se refiere a “aliviar”, “calmar” o “remediar” el cuerpo, haciendo alusión al aplacamiento del malestar asociado con la abstinencia.

Isabel dice que lo que más le gusta de *curarse* es el *rush*. Según su testimonio, en su experiencia de consumo es identificable “el momento en que la droga llega al cerebro”.

Cuando me la estoy metiendo, miro en la jeringa que agarra la vena y sale la sangre, se mezcla con la heroína. En ese momento me gusta metérmela poco a poco. Voy mirando cómo se mezcla.



Pero ya que me la meto, el *rach*.² Cuando me pega la droga, es lo más rico que se siente. En lo que te pega, cuando llega al cerebro, no dura ni cinco segundos, sientes un *chuunn*. Y ya. Eso lo siento a todo dar.

Las siguientes palabras de *El Negro* son otro ejemplo del sentido asociado al bienestar y a la experiencia agradable de consumir.

La droga me daba miedo, pues; por eso yo no la probaba. Pero un día que amanecí “pisteando” con unos compas me ofrecieron *crystal* y le di un “narizazo”. ¡A la madre!, de ahí me gustó. O sea, me daba miedo la droga, pero ya de ahí se me quitó el miedo. Porque escuchaba muchas cosas, que durabas días sin dormir, cuatro días, y que las *malillas* eran bien gachas. De hecho, ese día después de la droga fui a parar al hospital, porque sentía calambres por todo el cuerpo. Pero ni eso me quitó el gusto.

Un ejemplo del sentido que asocia el consumo de drogas con el alivio del malestar se encuentra en el siguiente relato de Santiago:

Tengo que consumirla, porque el cuerpo me la pide, porque estoy bien enganchado. Te digo, desgraciadamente estoy bien enganchado del vicio ese. Ya nomás sé que traigo la sustancia aquí en la bolsa, y no estoy a gusto hasta que no me la meto. No la puedo traer en la bolsa. Porque te voy a decir una cosa: mira, por decir, si compro 300 pesos de heroína ahorita, me meto la mitad y guardo la mitad; no duermo por estar esperando que amanezca para inyectarme. ¿Sí me entiendes? “¡Que salga el sol, que salga el sol!”, y no. “¡Mañana Dios dirá! ¡De una vez me la retaco!” Me enganché, me envié. Ya al último, las 10 rayas que me metía ya no me hacían efecto, ya no la sentía y quería más, quería 20 rayas. Ahorita estoy bien enganchado

² Los informantes se refieren a la intensa y momentánea sensación experimentada “cuando la droga llega al cerebro”. Según sus relatos, una vez conocido el *rach* o *rush* surge la compulsión irrefrenable de sentirlo nuevamente.





El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

de la heroína; o sea, ¿cómo te diré?, no puedo vivir sin ella. Es como un ídolo para mí, ¿sí me entiendes? ¿Cómo te digo? Haz de cuenta a un niño cuando le quitan la tetera, así estoy yo cuando me quitan la jeringa. Me pongo como loco; pero cuando me la meto y me relajo, ya me siento bien. Por ejemplo, cuando me voy a inyectar, no encuentro las venas por la desesperación de que la quiero rápido, ya quiero sentirla. Quiero sentirla dentro de mi cuerpo, pues; ya nomás la siento dentro de mi cuerpo, y ¡aaah!, ya me siento a gusto. Pero ya me siento a gusto y ya estoy pensando cómo hacer la otra. O sea, no tiene llenadera. Al adicto nunca lo vas a tener contento. Primero que porque no te pegó; otra, que porque estaba muy baja y que porque te curaste mal. Total, que pretextos pones todo el tiempo. Nunca quedas conforme. Por eso yo te digo, como dice el dicho: “Vivo para consumir y consumo para vivir”. Así estoy, consumo para vivir. Tengo que consumir para poder andar bien. Muchas de las veces ya no quiero andar drogado, sino que ya no quiero sentir los malestares del cuerpo. Quiero meterme lo que sea, nada más poquito, 10 rayas, 15 rayas, 20 rayas, nada más, pa’ no andar loco y no sentir los malestares. Porque es una desesperación muy fea, o sea, te sientes bien mal. Se siente una *huevonada*, como te digo, en los huesos; te da *huevonada* hasta respirar, hasta mover los brazos. No, o sea, ¡está gacho el cuadro!

Sin embargo, estos sentidos —curarse como sensación agradable y/o como alivio al malestar— se contrastan con la droga como representación del mal que se puede identificar en el discurso de estos sujetos. Precisamente por la adicción que arrastran, para algunos de ellos la droga es el signo de su autodestrucción. Un claro ejemplo de esto se observa en el siguiente relato de Rosita sobre la primera vez que probó la heroína.

Estaba con un amigo que se estaba curando frente a mí. Y le dije: “Ramiro, prepara una de ésas para mí”. “¡Qué! ¿Estás loca?”, me dijo. “No”, le digo. “La quiero probar; quiero ver qué se siente para ver si es tan fuerte como para hacer que las personas anden así, pues, como andan.” “No, pero Rosi, ¿qué vas a hacer? No seas





tonta; piensa en tu hijo y en ti.” Bueno, total, que me entraban por aquí y me salían por acá; yo lo que quería era probar la droga. Y le puse la mano así y me dijo: “¡NO!” “Bueno, pos si no eres tú va a ser otro; si no me la pones tú, será otro”, le dije y le dejé la mano estirada. Y sí me la puso. Yo digo que si él realmente me hubiera apreciado como amiga y hubiera pensado en mí, ¿crees tú? Yo digo, como ahorita que estaba con un amigo que no usa heroína, sólo *ice* fumado. Me dice el muchacho: “Dame 10 rayas, dame 10 rayas”. “No, no te voy a dar”, le dije. “Ándale, quiero probarla, a ver qué se siente.” Le dije: “No te voy a dar, y olvídate que yo vaya a darle esta droga a una persona que no la usa; sería lo último que yo hiciera. Porque, así como tú me estás diciendo a mí, yo le dije a un amigo, y si él hubiera apreciado mi amistad, o me hubiera apreciado a mí como realmente él decía, no me la hubiera puesto. Y yo no te voy a dar porque un día vas a andar prendido igual que yo”. Y estuvo insistiendo, insistiendo, y yo lo mismo, negativo y negativo.

El ritual. Prácticas de consumo

Los *cuetes* o los *erres* (jeringas), las agujas, la *chiva* (heroína), las *rayas* (dosis de sustancia marcadas según las líneas dibujadas en la jeringa), el algodón, el alcohol, el agua, un lugar escondido y algún acompañante son los elementos que se disponen y se ordenan en el momento del consumo.

En este apartado, las diferentes prácticas de consumo de los usuarios de drogas inyectables son concebidas como *acciones rituales*. Un ritual es un conjunto de actos repetitivos y con valor simbólico. Esto significa que decisiones como dónde consumir, con quién, qué sustancias, con qué frecuencia o en qué cantidades no son tomadas al azar. A pesar de las variaciones personales en el contexto y la forma en que se inyectan, el momento del consumo de la droga aparece en todos los casos como un ceremonial compulsivo. Cada quien tiene sus preferencias y manías.



Los que consumen solos, los que consumen en pareja, los que necesitan una aguja nueva para cada dosis, los que se inyectan cada vez en un lugar diferente de su cuerpo, los que siempre se inyectan en los brazos. A pesar de lo absurdas o irracionales que puedan parecer estas preferencias, se convierten en pequeñas prácticas en las que los elementos se disponen en cierto orden, se integran a la cotidianidad siempre de la misma manera y llegan incluso a convertirse en una especie de acciones sagradas.

Este acto ritual empieza con la preparación de la dosis. Las drogas utilizadas por los usuarios de drogas inyectables (UDIS) generalmente son la cocaína, la heroína y metanfetaminas como el *crystal* y el *ice*. Estas sustancias se venden en polvo que debe ser disuelto en agua antes de ser inyectado. En algunas ocasiones la sustancia debe ser calentada en cucharas para acelerar la disolución. Cuando la droga está preparada, debe ser aspirada por la jeringa. En este paso generalmente utilizan como filtro un pedazo de algodón para evitar que pasen partículas que no se han disuelto adecuadamente y que podrían “dañar la cura”. Cuando ya se tiene la droga preparada y lista en la jeringa, debe inyectarse en la vena. Pero antes de inyectarse el contenido de la jeringa el consumidor debe asegurarse de que la aguja está en la vena. Para esto, después de que la aguja atraviesa la piel los usuarios succionan con la jeringa un poco del contenido. Al ver que su sangre se mezcla con la sustancia en la jeringa, verifican que está en la vena. Entonces por fin pueden inyectar el contenido y la droga se introduce en su cuerpo.

Es importante resaltar que los informantes aquí mencionados han integrado en sus prácticas de consumo la limpieza de la aguja y la jeringa una vez usadas. Esto se debe a la dificultad que encuentran para acceder a jeringas nuevas. Generalmente, después del consumo en las agujas y jeringas quedan residuos de sangre y droga, que al secarse las taponan, dejándolas inservibles. Por ello, para los informantes resulta fundamental limpiar



la aguja después del consumo para que pueda ser utilizada en otras ocasiones. Sin embargo, debe señalarse que las estrategias de desinfección de las agujas emergieron y se promovieron hace casi 30 años en California. En la década de 1980, después de la epidemia entre los UDIS de enfermedades como el VIH y la hepatitis en ese estado, se empezó a difundir y a promover la limpieza de las agujas con cloro o agua destilada.

En el siguiente relato de Adriana se puede apreciar la forma en que el consumo de drogas inyectables pasa de ser un evento extraño y ajeno a convertirse en parte de su cotidianidad y finalmente a cristalizarse como una conducta con un claro componente ritual.

La primera vez que me piqué me sentí mal. Viendo a los compas curarse, ya sabía cómo hacerlo. Empecé sólo con heroína, pero vomité mucho. Las primeras veces no le agarraba *cura*. Pero seguía con la inquietud de sentir eso que dicen que supuestamente es muy acá. Después ya no vomitaba. Y luego un día me gustó; fue el más *chiquis nice* [risas]. Entonces empecé a picarme a diario. Aunque empecé inyectándome sola, de un tiempo para acá sólo me gusta inyectarme en pareja. Yo me curo cada que *haiga* dinero. En el día, por ejemplo, de tres a cuatro veces. Ahora no estoy consumiendo sólo *chiva*. Hace meses empecé a combinar la *chiva* con el *ice*. Los dos me los inyecto. Miraba a la demás gente que decía que te ponía más suave. Y ahí estoy yo también de tonta. Y pues sí, porque todavía ando ahí. Yo me pico siempre en mi casa porque ahí me siento segura. Me amarro el brazo para ver la vena porque batallo mucho para agarrarla. A veces, cuando no tengo para la insulina, batallo mucho con la misma que tenga vieja, y me duele mucho. Pero luego que ya me curo me siento bien relajada. Por lo normal, luego que termino de curarme desinfecto la insulina. La pongo a lavar con cloro. Hecho el cloro en una tapaderita y pos ya le levanto el cloro con la jeringa y la lavo; luego le quito el pistón y la lavo con agua caliente.

En el siguiente relato de Isabel se observan con claridad los diferentes elementos que intervienen en el ritual de consumo:



El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

La droga se prepara en el *cacharro*. Es el fondo de los botes de aluminio. Botes de soda o de cerveza. Ahí se prepara en esos botes. Muchas veces no es necesario calentarla. Bueno, depende de cómo esté la *chiva*. Si está muy mala y no la puedes levantar con la jeringa porque se tapa, entonces sí la tienes que quemar. Así se va todo el *cochinerero* y ya se quema. Se echa el algodón y ya se levanta para que no pase nada de *cochinerero*.

Generalmente, los rituales son asociados con cierto orden en la disposición de los diferentes elementos. Los tiempos, las horas, la sustancia, los *cuetes* o las insulinas (jeringas y agujas), la privacidad, la compañía o la soledad, el algodón, el cloro, son algunos de los objetos que guían el ritual. Un ejemplo paradigmático de lo que representa cierto orden en este tipo de consumo se observa en el siguiente relato de *El Negro*:

Yo soy muy metódico. Todos los días uso una en la mañana y otra en la tarde. Siempre en mi casa. En la calle casi nunca. Nunca mezclo la dosis que me inyecto. Me inyecto la pura *chiva*, y fumado, pos el *ice*. Pero junto. ¿Cómo le dicen: *pitbull* o *pitboxer*? ¿Sabe cómo le llaman? Ésa no. Ya la probé así mezclada, y no me gustó. La mera verdad es que al *crystal* también le pongo machín. De *crystal* me puedo chingar un gramo diario y de *chiva* nomás 100 pesos, 50 en la mañana y 50 en la tarde; nomás, es todo. Como te digo, soy metódico, pues nomás en la mañana y en la tarde. Como ahorita ya es hora, ahorita como a las tres. Yo hago mi cura. Compró un 100 de chiva, entonces hago 20 rayas bien cargadas, y ya me la inyecto. Uso la aguja y luego la lavo. Yo sí, las mías sí las limpio, con agua o con alcohol. Con una tapita le echo agua y le tiro el agua, o si no con alcohol, y ya la vuelvo a usar y la vuelvo a limpiar. Otra cosa en la que soy metódico es que siempre me gusta curarme solo. No me gusta con compas, porque muchas veces te piden; no por ser *cacique*, pero uno trabaja pa' lo suyo. De todos modos invitas a la gente y no agradecen, te roban; la misma gente te chinga. Por eso siempre me gusta estar solo. La mayoría de los adictos están, ¿cómo te



diré?, taloneando para la droga. Yo trabajo para sostener mi vicio, y soy metódico, tengo asegurado lo que voy a consumir. Pero los compas no. Por eso prefiero estar solo. Por ejemplo, me pasó en dos ocasiones con compas, aquí en mi casa, que nos estábamos curando. Eran batos que no tienen venas y batallan mucho para agarrarse las venas; la sacan con poquita sangre, y no, pos no, y se la están metiendo y la sacan otra vez, y así pues. No me gusta ver a los batos cuando están desesperados por la *malilla*; por eso siempre me curo solo.

Sin embargo, en otras prácticas de consumo hay más espacio para la improvisación y pequeñas variaciones. Esto se puede observar en el siguiente relato de *El Chino*:

Yo me inyecto heroína con *crystal*. Con *ice*, más bien dicho, porque el *crystal* y el *ice* son diferentes. Tengo que comprar un medio de heroína y 50 pesos de *ice* más, y yo lo pego todo. Le echo todos los 50 pesos de *ice* y todo me lo meto. Me curo como unas siete veces al día y siempre mezclado. Nunca dejo de mezclarle el *ice*, porque ya tengo mi cuerpo acostumbrado a esto. Si me meto la *chiva* sola sí me hace, pero me da pa' abajo. Me da sueño, y yo lo que quiero es andar activo, pues. Procuero hacerlo siempre en mi casa. Yo nunca, bueno han sido contadas las veces que he ido así a picaderos. Lo normal es en mi casa con mi pareja. Para una buena cura es muy importante la insulina. Como yo tengo venas, a mí una insulina me puede durar hasta un mes. Con mi pareja, sí necesita comprar insulinas casi a diario Una porque pues mi pareja batalla porque ya no tiene venas. Batalla para agarrarse aquí en el cuello, pues, y ella tiene que usar aguja nueva. La mera verdad es que no siempre la desinfecto, sólo a veces, cuando se la presto a algún camarada. Cuando no tengo alcohol, tengo que hervir agua y aviento la jeringa, y ahí solito que hierva bien, bien, bien, y luego la saco y la limpio. Si tengo alcohol, pues es como si estuvieras levantando agua, nomás que levanto alcohol, y pos ya nomás no le quito el pistón ni nada, le empiezo acá y luego con algodón. A veces también tengo ampollitas de agua destilada, ¿no?, y con eso también lo limpio. Como te digo, siempre procuramos, mi



pareja y yo, curarnos en la casa. Entonces, las insulinas y todo el *kit* están en la casa.

Lo normal es en su casa con su pareja. Pero en su relato los elementos ya no aparecen tan ordenados. Deja entrever que algunas veces no es en su casa, que en ocasiones es con camaradas, que algunas veces limpia las agujas con alcohol, que en otras con agua. Sin embargo, en el relato se pueden identificar claramente pautas organizadas de comportamiento. Por el contrario, en el siguiente relato de Santiago parece que es el caos lo que caracteriza su ritual de consumo. Su obsesión por y su dependencia de la droga escapan a su control. En su discurso se observa cómo sus pensamientos obsesivos se convierten en conductas automáticas que lo ayudan a calmar por momentos su ansiedad. También queda claro en su relato que está muy consciente de lo absurdo y errático de su comportamiento, y que se siente incapaz de eludirlo:

Yo tengo que meterme 100 pesos en la mañana, 100 pesos en el día y 100 pesos *horita*, y si me pones un gramo, un gramo me retaco en todo el día, ¿sí me entiendes? O sea, que entre más *haiga* más consumo. Cien pesos es un cuarto de gramo, le arrancan un cuarto y me lo dan; esa dosis me dura todo el día. Pero como te digo, si, suponiendo *horita*, me inyecto *horita* y me dicen: “Aquí traigo más, ¿la quieres?” “¡Dámela, me la meto!” O sea, no tengo un control; o sea, me desboco. ¿Sí me entiendes? Como te digo, entre más me inyecto más quiero, más quiero y más quiero. Yo me curo con heroína sola. No me gusta combinarla con nada porque me pongo bien mal. Como te digo, si no aguanto la *malilla* con la sustancia esa, ahora revolviendo dos... Hubo un tiempo en que anduve revolviendo la cocaína con la heroína, pero la *malilla* era más profunda, más fuerte. Todo el tiempo trabajo, trabajo, pero para el vicio nomás. ¿Sí me entiendes? Me dan 20 dólares diarios: son los que me meto. En la mañana me prestan 10 dólares, y con éstos los compro. Muchos me prestan 10 dólares, y con eso les compro otra vez. ¿Y qué como? Nada. Al otro día amanece, otros 10 dólares, y me los meto, y no como nada en todo el día; puro



que una soda, o un pan, así nomás, pero nada de alimentos. Yo me inyecto aquí en mi trabajo, aquí sentado, donde hay luz, pero está escondido. Aquí me siento y me preparo la cura. Normalmente me curo con mi pareja. Ella está aquí conmigo todo el día, esperando que tengamos la dosis. Como quien dice, yo le mantengo el vicio a ella. Como compartimos la jeringa, la lavamos con agua de la llave siempre que la usamos. A veces que batallamos para conseguir el *cuete*, se la pido prestada al del picadero. Pero cuando él la presta ya la tiene lavada, supuestamente; ya está lista. Entonces así la agarro y la uso. Allá nos prestan el *cuete* completo, toda la jeringa; ésta es la jeringa que yo uso. Entonces la destapo, ya nomás agarro agua y la enjuago, agarro agua y la enjuago, y ya está lista, y ya la agarro y ya la uso.

Aunque los relatos de la mayoría de los entrevistados se refieren a las prácticas de limpieza de la jeringa cada vez que es usada, en el de Isabel se observa lo contrario:

No me lo vas a creer, pero he mirado unas agujas que, ¡ay Diosito Santo!, dan asco. Asco dan. Una vez, en serio, mira, no te miento, hasta vomité. La aguja toda chueca y chata. Y luego, aparte, el hule que le ponen al reportador para que resbale, todo bien asqueroso. El hule estaba todo lleno de sangre. Y yo le dije: “¿Cómo te puedes curar con esa chingadera? A la verga”. Y le dije “a verlo”, y lo miré, y uy no. El asco que me dio cuando le vi la sangre así, pegada en el hule y en el reportador... la verdad, bien asqueroso.

El *conecte*. Conseguir la dosis

Por tratarse de sustancias ilegales, podría esperarse que conseguir la droga que se inyectan sea una tarea difícil o riesgosa. Pero, contrario a esto, según los informantes en Mexicali siempre hay drogas disponibles. Una muestra de esto es la existencia de las “tienditas”, lugares de venta de diferentes drogas, casas ubi-



El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

cadadas en las diferentes colonias y fraccionamientos destinadas a la venta de una amplia gama de drogas ilegales. Adicionalmente, los vendedores al menudeo prestan el servicio a domicilio. Por ejemplo, Adriana comenta:

La *chiva* y el *ice* los consigo en cualquier parte. En cualquier parte de Mexicali los consigo. Cuando estoy en mi colonia, sé dónde comprarla. Pero si pasa que estoy en cualquier otro lugar y ocupo la dosis ya, me salgo y miro más o menos con la cara así y ya les pregunto que si tienen o saben dónde. Luego ya les digo que si me hacen el paro y me conectan, y así la agarro. En veces también llamo para que me la traigan, sólo que me desespera esperar. Desde que *haiga* dinero es fácil conseguir la droga. En veces se batalla más para conseguir la insulina. Yo sé en cuál farmacia me las venden sin receta, pero en veces batallo porque las dan caras. Normal valen 10, 15 pesos, pero sin receta hay algunos que las venden hasta en 30 pesos. En varias farmacias me han negado las jeringas. Dicen que no tienen, que no las pueden vender. No sé, si saben que uno las ocupa, ¿qué tiene que nos las den?, si se venden de todas maneras. Pero, como te digo, ya no batallo. Sé dónde me las venden sin receta, sólo que más caras, pues.

Según las palabras de los sujetos entrevistados, por la comunidad de consumidores de drogas inyectables circula fluidamente la información sobre los proveedores. Por lo general, estos consumidores conocen a varias personas que podrían surtirles la droga; sin embargo, para *El Cuete* es importante comprar la droga a un solo proveedor.

Yo compro droga todos los días normalmente a la misma persona. La llamo y me la trae a mi casa; así no me ando exponiendo. En veces que no tiene el *conecte*, pues salgo a buscarla; donde quiera encuentras. El *cuete* lo compro cada tercer día. Un *cuete* lo compro en siete pesos, y lo consigo facilísimo. De hecho, antes de que yo consumiera heroína ya sabía dónde conseguirla y dónde venden los *cuetes*. Ahí, en la miscelánea; aquí, con *El*



Engordar la vena

Panzón. En las farmacias he llegado a comprar *cuetes*, pero uno batalla más ahí; porque la política de esas empresas no permite que le vendan a los viciosos, no sé por qué. Y pues, si me paro en una farmacia, pos nomás con verme la cara, y al ir a comprar una insulina, saben que la queremos para eso. Entonces, yo no batallo: la compro con *El Panzón*, que él nos hace el paro y no abusa. Las vende baratas.

En el relato de *El Chino* se observa que la desconfianza es un elemento importante en las transacciones de compra y venta de drogas ilegales. Es de esperarse que el secreto tenga un lugar privilegiado en estas interacciones, teniendo en cuenta que se trata del comercio de sustancias ilegales:

O sea, que para conseguir en sí la droga y los *cuetes* no se batalla. Desde que *haiga* dinero no se batalla. El problema es ése, conseguir la feria pa' la dosis. Pero con feria, heroína siempre hay. Con feria se consiguen las insulinas. En las farmacias te piden recetas médicas para poder comprar la insulina, y pues no le quieren vender a uno; pero no le hace, hay lugares donde te las venden y los que nos inyectamos estamos informados. Por lo general, tenemos varios conectes, y entre los mismos compas te puedes informar para saber dónde hay heroína y dónde comprar o dónde prestan los *cuetes*. Puedes ir a conseguirla o puedes hablar y te la llevan donde estés. Si tú hablas, pues van a tener desconfianza y no te la llevan. O si llegas donde compro los *cuetes* a pedir uno, no te lo venden. Al principio, sí era difícil el conecte, porque no te conocen, ni nada, pues. “¿Tú quién eres? ¿Quién te dijo que vendía yo eso?” Te corren, ¿me entiendes? Pero ahora ya me conocen, ¿verdad?; ya conocen también a mi pareja, ya no batalla uno. Ya nomás llega uno por los *cuetes*, y él nomás, él mismo te dice “¿Cuántas quieres?”, y pos “Nomás dame tres o cuatro”, ¿verdad? Ya no se batalla, pues.

Es importante señalar que la mayoría de los informantes acuden a sus proveedores para comprar la sustancia suficiente para una o dos dosis. Entre las excepciones está el caso de *El Negro*, quien, según relata, compra en mayores cantidades:





El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

Yo aquí en mi casa siempre tengo mi dosis y mis *cuetes*. No me gusta andar comprando lo de la dosis. Yo compro por paquetes. Y nunca compro la droga en picaderos o en tienditas. Por lo regular llamo por teléfono; no me gusta ir a los picaderos, por la policía. En mi caso, yo compro en una botica paquetes de 12 *cuetes* y compro la heroína para cinco días. Nunca he batallado para comprarlas, porque sé en dónde y ya me conocen.

Finalmente, aunque los informantes coinciden en señalar la amplia disponibilidad de drogas ilegales en la ciudad, en el relato de Santiago se puede entrever que se presentan situaciones en las que la droga escasea. La disminución de drogas sucede muy frecuentemente en otras ciudades mucho más susceptibles a las condiciones del mercado y al éxito de las intercepciones gubernamentales. Pero en ciudades fronterizas como Mexicali es de esperarse que, a pesar de las intercepciones, la cantidad de drogas circulantes por lo general exceda incluso la demanda local.

Aquí en Mexicali, por lo normal, está invadido de heroína. O sea, donde quiera la encuentras, ¿sí me entiendes? También puedo hablar por teléfono pa' que me la traigan, luego que vengan, y todo ese rollo; pero lo más fácil es salir, y en donde sea la consigues. Adonde quiera que vayas la consigues; ves a alguien que se vea así como que consume, y le preguntas y te conecta. Pero si no estás con la *malilla*, lo mejor en veces es hablar por teléfono y aquí me la traen, y ya no tengo necesidad de ir a ningún lado. Así no me ando exponiendo a que me agarre la patrulla. Hay días que parece que la heroína se acaba en la ciudad, pero me ha pasado pocas veces. Entonces no hay, que no hay aquí, hay que ir pa' allá, que no hay teléfono. La otra vez tardé todo el día pa' conseguir una dosis; no había, no había, no había; hasta al último, ya como a estas horas vine consiguiendo. Pero por lo general la heroína la consigo fácil, desde que tenga la feria. Pero a veces para conseguir la insulina ni con tener la feria, ¿sí me entiendes? Si llegas y pides una insulina, muchas veces te piden una receta, o no te la quieren vender suelta, te





Engordar la vena

quieren vender un paquete de 40 jeringas. “¡Yo pa’ qué quiero 40 jeringas! ¡Nada más quiero una! No, tas’ loco”, y me la venden. O sea, les tienen prohibido vender jeringas, según ellos, que pa’ parar la drogadicción; pero ¿cuándo la van a parar? Nunca la van a parar. Una jeringa debe valer 10 pesos, un dólar, no pasa de ahí. Es barato, pero aun así, en veces batallo pa’ conseguir porque no tengo dinero. Como ahorita que no hay trabajo y está solo el taller; no hay trabajo, no hay entrada de dinero, no hay nada. ¿Qué tengo que hacer? Tengo que salir a buscarla, ¿sí me entiendes? Tengo que deshacerme de mis cosas, vender mis tenis, ¿sí me entiendes?, pa’ agarrar un peso o dos y comprar la heroína y luego comprar la jeringa. Batallo pa’ conseguir el dinero, batallo pa’ comprarla.

El suplicio de la *malilla*

En cualquier charla sobre los efectos de las drogas es común hablar del síndrome de abstinencia. Se hace referencia al conjunto de síntomas que presenta un individuo cuando se ve privado bruscamente de una droga que ha consumido con regularidad. Sin embargo, esta fría y aséptica definición esconde el horror que marca la cotidianidad de estos sujetos. La definición médica 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. La sudoración, el temblor, dolor de cabeza, deseo de más droga, vómito, cólicos abdominales, diarrea, insomnio, agitación, son algunos de los síntomas que deben enfrentar estos sujetos y que van empeorando cuando no reciben la sustancia. Tal y como dice *El Chino*:

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...



El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

no. No sé, ¿verdad?, la neta no sé qué onda: dolor de huesos, algo gacho.

Santiago es mucho más específico en la descripción del malestar:

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? Tengo que inyectármela para que se me relaje el cuerpo. No duermo. Como te digo, estoy revolcándome en la cama, pa' arriba y pa' bajo, o diciendo maldiciones y, bueno, de todo. Empieza el dolor de huesos, las ansias así. Estoy muéveme y muéveme. La sangre me empieza a quemar el cuerpo y siento un ardor desde la punta del dedo gordo hasta la cabeza. Una desesperación enorme. Quiero droga a cualquier precio. Pase lo que pase. Hago lo que sea por tratar de consumir la dosis. Soy capaz de lo que sea con tal de tener esa sustancia en mi cuerpo. Es un calvario. Una moquera, una desesperación, dolor de huesos; como te digo, la sangre siento que me quema por dentro, que me está quemando el cuerpo. El cuerpo quiere sustancia. ¡No, es un infierno la *malilla*!

La *malilla* es un infierno. Es un grave problema de salud pública. Sin embargo, en el siguiente relato de Carmen se puede observar que, por lo menos en su experiencia, el sistema de salud pública del municipio atendió oportunamente el síndrome de abstinencia de su hija recién nacida.

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 no así. La sentía sólo un ratito. 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 que tiene 10 años, ella sí nació bien preñada. Ya ahí ya no pude yo parar. Salí embarazada, y yo estaba bien



adicta 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. Antes, en los centros había mucha carencia, estaban muy sucios. La niña se empezó a llenar de granos y estaba muy mal por la *malilla*. Me llevaron al hospital, y ahí sí me atendieron, y me dijeron que si era la mamá de la niña que me tenía que quedar también ahí. Y ahí nos dejaron cuatro días; nos hicieron las pruebas del sida y atendieron la *malilla* de la niña.

Conclusiones

En este capítulo, el problema de los sentidos asociados al consumo de drogas inyectables y la cotidianidad de sus usuarios adquiere una importancia central. En las narraciones aquí expuestas se observan las relaciones que establecen los UDIS y se descifran ciertas pautas de interacción que generan su modo de vida. Se describe una cotidianidad marcada esencialmente por la búsqueda de los recursos necesarios para garantizar las dosis diarias. Se exponen los diversos sentidos que organizan la relación de estos sujetos con la droga y se describen las prácticas de consumo desentrañando su sentido ritual.

Las conductas rituales han sido ampliamente estudiadas por los antropólogos. Aquí, la compulsión, el pensamiento repetitivo en la sustancia y las prácticas específicas de consumo son presentados como un universo de sentido que organiza la cotidianidad y la identidad de estos sujetos.





El mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables

De la misma manera, en este texto se aborda lo que en este mundo de vida se conoce como el “conecte” y la “malilla”. Como se vio, el primero hace referencia a las formas en las que se accede a las sustancias ilegales que se inyectan y el segundo, a los malestares asociados con el síndrome de abstinencia. Estas dos experiencias, que fueron señaladas por todos los entrevistados, expresan claramente que la búsqueda compulsiva de la droga se da en un doble sentido: por un lado, para experimentar las intensas sensaciones placenteras y, por el otro, para evitar el suplicio inherente a la abstinencia.





Capítulo 2. Redes sociales de los UDIS: hipervínculos y aislamiento

*P*ara los sujetos entrevistados, 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 redujeron exclusivamente 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 convierte en una meta más importante que el trabajo, la familia, la pareja o la salud.

En este sentido, el uso intravenoso marca una frontera que aísla y divide a los usuarios de drogas inyectables de todos los que no hemos tenido experiencia con las drogas. Incluso, dicha frontera los distingue también de todos aquellos consumidores que “simplemente” aspiran o fuman sustancias psicoactivas. Se consolida, entonces, una invisible red de usuarios de drogas inyectables como resultado, no sólo del reconocido estigma social que pesa sobre los 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.

Así, este capítulo se detiene en las particularidades que estructuran el sentido y el mundo de vida al interior de las redes de los usuarios de drogas inyectables que habitan Mexicali. Vale la pena señalar que la definición más sencilla de “red” plantea





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

que es una serie de conexiones que ponen a unas personas en relación con otras. Estas conexiones pueden tener muchas formas: encuentros fortuitos, parentesco, amistad, religión común, rivalidad, enemistad, intercambio económico, entre otras.

El análisis de redes sociales resulta especialmente útil para aprehender el mundo de vida de los UDIs, ya que dirige la mirada hacia las interconexiones entre los mismos usuarios y nos invita a observar detalladamente el tipo de vínculos que sustentan sus decisiones y comportamientos. Desde esta perspectiva, las narrativas de los informantes delínean la existencia de redes aisladas. Como se detallará a continuación, el proceso de exclusión social del que hablan los informantes da como resultado la configuración de intensas redes funcionales con escasas relaciones significativas y en gran parte aisladas del conjunto de la sociedad.

En las ciencias sociales, el enfoque de análisis de redes se distingue de las explicaciones individualistas por el énfasis que pone en el estudio del contexto social en el que el actor está inmerso. En este enfoque, conocer las relaciones sociales en las que participa un individuo resulta fundamental para comprender y explicar su comportamiento. El análisis de redes sociales presupone que todos los sujetos participan en sistemas sociales particulares con otros individuos que se convierten en sus puntos de referencia. Según esto, la naturaleza de las relaciones de un sujeto afecta sus percepciones, sus creencias y sus valores.

Con este enfoque se puede ofrecer una mirada especial al problema de los usuarios de drogas inyectables, ya que invita a explorar las características estructurales de las redes que tejen estos actores. Según esto, para desentrañar el sentido de las acciones y decisiones de los UDIs es necesario observar y describir las prácticas específicas y la pauta de las relaciones que se dan en sus redes particulares. Finalmente, como se observa en este capítulo, para aprehender el mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables de Mexicali hace falta acercarse y escuchar lo que estos actores tienen que decir de su propia realidad. Pero es necesario dar un paso más allá. La lógica y el sentido de





su mundo de vida no descansan en la dimensión psicológica e individual de los sujetos inmersos en él. Para aprehender su particular sistema social es necesario dar cuenta también de la interrelación e interacción de relaciones sociales específicas y objetivables.

Así, la perspectiva del análisis de redes sociales invita a describir lo más profundamente posible las relaciones, a extraer las pautas de interacción relevantes, a trazar el flujo de recursos de ellas y, finalmente, a descubrir los efectos de esas relaciones en los individuos conectados o no a las redes. Todas estas cuestiones son tratadas, al menos superficialmente, en este apartado. Y se describe así un contexto social en el que los vínculos con familiares y antiguos amigos se deterioran por la búsqueda compulsiva de la droga y en el que al mismo tiempo se intensifican las relaciones instrumentales y simbióticas entre los mismos usuarios.

En el mismo barco. Los sentidos de pertenencia

El intercambio de agujas como práctica solidaria, ¿escapa a toda lógica racional? ¿Es posible comprender que, a pesar de conocer el inminente riesgo de contagio de enfermedades, algunos UDIS reporten una actitud favorable al intercambio de agujas? Ya en el capítulo anterior se habló y describió lo que reportan los informantes sobre la *malilla*, y teniendo en cuenta el malestar del que hablan se puede entender, de alguna manera, que deseen evitarlo a toda costa, incluso asumiendo el riesgo de usar las agujas de otro. Sin embargo, en los relatos de los sujetos entrevistados aparece otra idea fundamental para entender la práctica del intercambio de agujas: el sentido de pertenencia. *El Chino* comenta:

Entre nosotros es muy común que se compartan las jeringas, porque todos somos iguales: estamos consumiendo lo mismo.





Redes sociales de los UDIS: hipervínculos y aislamiento

Andamos en el mismo barco, ¿no? Vamos en el mismo barco. Cuando traes la *malilla*, no importa cómo ni con qué. Lo importante es curarte. Tal vez eso no lo pueden entender sino los que lo hemos vivido, pero así es. Por ejemplo, un día que me llevó la policía para la comandancia, me tuvieron ahí 24 horas. Al siguiente día, cuando salí, me encontré con un amigo, pero yo venía bien malilla. No encontraba a mi pareja. Pero me encontré con un amigo y le expliqué de dónde venía. “Hazme el paro, ¿no?, préstame tu jeringa”, le dije. Y simón, me la prestó y pude curarme. Si me hubiera dicho que no, pues ni modo. A ver cómo le hacía. Pero la verdad, qué culero, ¿no? Porque si me está viendo malilla y no hacerme el paro, pos’ qué gacho, nomás que todo da vueltas.

Esta práctica, extrema en muchos sentidos, sirve para introducir el tema de este apartado. Según sus propias palabras, “están en el mismo barco”. Sólo ellos saben lo que se siente, lo que se sufre, lo que se batalla para conseguir el *cuete* y la dosis. Sienten que nadie les tiende la mano para ayudarlos, y en ese contexto el intercambio de agujas surge como una práctica solidaria que sólo puede ser comprendida si se conocen las características de sus interacciones y los espacios sociales que encuentran en la ciudad. Así, a continuación se exploran los límites culturales que separan a los UDIS de los demás ciudadanos, configurando una red con claros sentidos de afiliación y pertenencia.

Igualmente, el siguiente comentario de *El Cuete* sobre el intercambio de agujas es muy revelador del sentido de esta práctica y permite entrever los límites que distinguen las redes que se tejen entre los usuarios de drogas inyectables de la ciudad:

Si me piden prestado el *cuete*, yo sí lo presto. Cuando tiene uno este vicio y anda uno en la calle, hace el paro lo más que uno puede. ¿Sí me entiendes? Yo sé lo que se siente la *malilla*. Sé que esa persona necesita ese *cuete* para curarse. Yo sé cómo son las *malillas*. Sé cómo se sufre con este vicio. Por eso, si alguien me pide mi *cuete*, pos’ se lo presto para que no batalle.





Pero, ¿qué hace que una persona sienta que pertenece a un determinado grupo social? Esta pregunta ha sido abordada por disciplinas como la sociología, la antropología y la psicología social. Desde estas diferentes disciplinas se coincide en señalar que generalmente la cohesión y la estructura interna de un grupo se forman con la percepción de la diferencia. Según esto, se habla de sentido de pertenencia cuando ciertos grupos que son considerados diferentes¹ se unen, “toman conciencia de sí mismos como grupo” y generan estrategias de resistencia frente a las amenazas (percibidas o reales) de otros grupos.

Al respecto, Adriana comenta:

En mi opinión, es muy común que se compartan las jeringas. Casi la mayoría creo que comparten o han compartido sus jeringas. Porque muchas veces te completas para la dosis pero no para el *cuete*. Entonces, se te hace más fácil pedir prestado un *cuete* que pedir que te regalen unas *rayas*. Si alguien, un conocido o amigo, me pide prestado un *cuete*, yo se lo presto. Por ejemplo, si yo te pido un *cuete* y no lo compartes, “Uuuh”, te diría: “ay, qué culera eres”. No es sólo por presionar. Sólo que estamos en lo mismo. O sea, el otro sabe lo que siento cuando necesito el *cuete* para curarme. Además, al rato que el otro ocupe el *cuete* yo le puedo hacer el paro. Se lo presto, ¿me entiendes? Yo sólo he compartido los *cuetes* con mi hermana y con dos o tres amigos. Yo por eso compartiría mis *cuetes* con quien los ocupe, siempre y cuando sea un conocido. Nunca con un desconocido.

“Nunca con un desconocido”, enfatiza esta informante, señalando claramente los límites de con quién sí y con quién no desplegar su solidaridad. Identificar esos límites es fundamental para entender la estructura de las redes sociales de los UDIS. Los límites de la red que estos actores establecen nos hablan de una determinada identidad, de su identificación con ciertos pares, con situaciones vividas. Nos hablan también de rituales específicos y de la concepción particular del tiempo y del espacio.

¹ Por ejemplo, los homosexuales, las mujeres, los adictos.



María nos dice: “Yo sólo he compartido mi jeringa una vez. Bueno, la comparto con mi esposo. Pero, aparte de él, sólo una vez. Fue con una igual que yo. Con una *tecata*”.

Son frases breves pero cargadas de mucho significado. Como ya se señaló, vivimos en una sociedad de redes y estructuras relacionales. Por lo tanto, el lugar o la posición social donde se ubica el actor define sus valores, sus creencias y sus decisiones. La posición de María es clara: “Una igual que yo. Una *tecata*”.

En este caso, María reporta claramente su sentido de pertenencia como usuaria de drogas inyectables. Sin embargo, los UDIs no constituyen un grupo homogéneo en cuanto a los sentidos de su práctica y del grupo al que pertenecen. En algunos de los relatos de los informantes se puede entrever la intención de desmarcarse del grupo de los *tecatos*. Por ejemplo, en el siguiente relato de Isabel se expone veladamente cierto distanciamiento del estereotipo de la *tecata*:

Esa vez llegó a la *conecta*. Me acuerdo, venía bien malilla. Bueno, llegamos muy malillas las dos; pero yo llegué primero que ella. Y entonces me dijo: “¿Sabes qué? Me faltan 10 pesos”. Y le di los 10 pesos. Pero le dije: “¿Entonces qué? ¿Me vas a hacer el paro?” “¡Simón!” me dijo, “te voy a dar unas gotas”. Yo ya traía mi cura, entonces la hice. Mientras le daban la de ella, yo me curé. Entonces me dijo: “Isabel, no traigo *cuete*”. “Noo. Mira a ver a quién se lo pides”, le dije: “A mí, la verdad, no me gusta prestar mis *cuetes*”, le dije. En serio, no te miento, casi lloraba de lo malilla que estaba. Entonces le dije: “Bueno, sí te lo voy a prestar, pero deja me curo yo primero y te regalo el *cuete*”. “Noo, mira que estoy bien malilla, no seas gacha, deja me curo yo primero y luego te doy tus rayas”. Y no sé, no sé por qué, pero la dejé que se curara y luego me curé yo. Ya cuando venía en el camino, empecé a pensar: “¡Para qué me curé!. Para qué se la presté. Quién quita, Dios guarde, tenga una enfermedad, y yo prestándole”. “Pero no”, decía entre mí, “¿qué enfermedad puede tener?” Y luego otra vez. “No, pues sí, si se mete con cualquier hombre. Si se prostituye para conseguir la cura.” No, pues al rato mi cargo de conciencia no me



dejaba tranquila. “En fin, ya se la presté, pues ya ni modo”, pensé. Pero ya no lo vuelvo hacer. Se han molestado cuando no presto mi jeringa, porque están impuestos a que por lo general se prestan. “¡Pinche morra mamona, no pareces *tecata*. Como si a ti nunca se te ofreciera!”, me dicen.

No sólo en este breve relato, sino a lo largo de toda la entrevista, Isabel se esfuerza por remarcar los elementos que la diferencian del estereotipo de la usuaria de drogas inyectables. Ella no es trabajadora sexual, ella no ha descuidado su apariencia física, ella no tiene marcas visibles en el cuerpo, la gente no sabe que es consumidora. Son algunos de los elementos que la distinguen de las “otras *tecatas*”. En este caso, aunque se siente parte del grupo, se distingue de él. Se siente *tecata*, pero una *tecata* diferente. Este movimiento en su identidad es bastante interesante y también ha sido identificado en otros estudios con grupos minoritarios y excluidos.

Algo similar ocurre en el caso de *El Negro*. En su relato también es recurrente la forma en que se desmarca del estereotipo del *tecato*. Se pueden identificar varios elementos que, efectivamente, lo alejan del estereotipo del UDI. Es uno de los pocos entrevistados que tiene un trabajo legal y relativamente estable; no ha tenido sobredosis, nunca ha delinquido, no tiene marcas en el cuerpo que delaten su adicción, y tiene pautas organizadas y rituales de consumo que le permiten cierta funcionalidad social. Él nos dice:

La mayoría se comparte las agujas; inclusive muchas veces se tapan las agujas con sangre de uno. Y hay batos que comparten esas agujas con sangre de otro. A mí me ha tocado ver. Pero yo siempre uso una aguja nueva; yo, de hecho, nunca presto la jeringa. No me gusta. Por las enfermedades, nunca la presto. Aunque se estén muriendo de *malilla*, no la presto.

No es casualidad que, de todos los entrevistados para este trabajo, sean los únicos que dicen tajantemente que no prestarían



sus jeringas. Se trata de personas que no se identifican con el estereotipo negativo que recae sobre ellos. Por ejemplo, cuando Isabel señala que ella no viene de una familia con violencia intrafamiliar, que ella nunca se ha prostituido, que no tiene *cuerazos*, que nunca ha estado en la cárcel, entre otras características, se deslinda del estereotipo que soporta. De esta manera se libra también del estigma de “viciosa” como consecuencia de sus actos.

En otros casos, la necesidad de deslindarse del estereotipo del adicto profundiza y arraiga aún más los prejuicios respecto a este grupo de personas. Por ejemplo, Fernando dice: “El *Tecato* no entiende razones. Por más que te digan que algo te va a hacer daño, que es peligroso, ahí estás. Y le dicen y le dicen a uno, pero uno no entiende razones. Así somos”.

Este breve comentario resulta fundamental para entender el punto que aquí se desarrolla. En su relato se evidencia que se perciben fronteras claras que separan a un nosotros –los *tecatos*– con respecto a la mayoría. En este caso específico, Fernando reporta una percepción negativa de sí mismo y de la colectividad en la que se incluye, al señalar la existencia de un grupo de personas que “no entienden razones”. Percepciones de este tipo son comunes cuando se trata de grupos excluidos y estigmatizados, como es el caso de los adictos. En diversos estudios realizados se ha encontrado de manera recurrente que en grupos con estas condiciones de marginalidad los sujetos construyen su identidad comparando las características más negativas de los miembros de sus redes cercanas.

En muchas ocasiones, dicha idea negativa de la colectividad a la que pertenecen incentiva las relaciones de rivalidad dentro de las redes. Es sabido que toda red combina la cooperación y la rivalidad. Sin embargo, lo que permite la supervivencia de un grupo y el intercambio o flujo de recursos es la cooperación entre las personas.

Según *El Negro*:

Uno de los problemas del consumo de heroína son las amistades que agarras. En este mundo, las amistades nomás están para chingarlo



a uno. Te piden dinero; si te descuidas, te roban en tu propia casa. A mí me han dejado hasta sin calzones aquí. Los mismos *compas*, sin calzones me han dejado.

Teniendo en cuenta el mundo de vida que se describió en el capítulo anterior, donde la imperiosa necesidad de consumir se contrasta con la dificultad para conseguir los recursos necesarios, se puede prever la dificultad para establecer relaciones significativas basadas en la confianza. Más aún, los recursos limitados y la incertidumbre que caracterizan al mundo de vida en estas redes convierten a personajes como *El Negro* en un blanco a perseguir. Aquellos que como él tienen asegurado su consumo y supervivencia, gracias al trabajo legal, son sujetos extraños y vulnerables en una red donde sus miembros reportan abiertamente que “harían lo que sea por consumir”. Es un ejemplo claro de la forma en que las relaciones en la red combinan la cooperación con la rivalidad y las relaciones meramente funcionales.

Al respecto, José señala:

Puro relacionarme con gente así; todas las relaciones buenas que tenía dejé de frecuentarlas. Entrás en otro mundo. Entrás en una rutina estúpida. Todo lo mismo, lo mismo. Te das cuenta en la situación en la que estás. Uno no es tonto; te das cuenta de que te estás perjudicando económicamente y físicamente. Pero estás en ese mundo.

Además, en los relatos de los sujetos entrevistados aparecen episodios en los que la aparentemente infranqueable empatía con la *malilla* de los otros es rebasada por dicha rivalidad. Esto se observa en la siguiente anécdota de Adriana:

Muchas veces, tan ignorante está uno, que le quiere hacer notar a la persona que está bien curado. Para mí ésas son tontadas. Porque a mí me ha pasado que he andado malilla, y una persona que estaba bien curada, al ver que estoy malilla, se me pone enfrente, revoloteando, para que la mire bien.





Redes sociales de los UDIS: hipervínculos y aislamiento

Pero como se señaló, a pesar de dichas rivalidades se puede mantener un marco cooperativo. Incluso, los teóricos señalan que la rivalidad en un nivel promueve la cooperación en otros niveles. Por ejemplo, ante las amenazas reales o percibidas se promueve la unión y la cooperación en algunos sectores de la red. Finalmente, sólo a partir de una cooperación eficiente dentro de sus propias redes los UDIS de la ciudad tienen posibilidades de sobrevivir “en libertad”,² a pesar de las barreras legales y la persecución policiaca y social.

El siguiente relato de Santiago es un ejemplo de cooperación y de cierta empatía entre los que son considerados “iguales”:

Si alguien me pide el *cuete*, yo se lo presto. Nunca le digo a alguien que no. La otra vez estaba una chava bien malilla ahí. Estaba llorando porque nadie le quería dar y bien desesperada. Y me dice: “Oyes, dame poquito, no seas malo, estoy bien malilla”. Me dio lástima, porque yo andaba igual y sé lo que se siente. “¡Aguanta, ahorita te voy a dar!” Entonces saqué 15 gotas de mi jeringa. Las bajé en el bote de lámina. Ahí levante las mías y me las metí. Ya enjuagué el *cuete*, levanté las de ella y se las di. Le dije: “Toma, pon la mano”, y las puso y se las di. Bien contenta se quedó ella, pos le di gasolina, como quien dice. Y ya agarré la jeringa, la enjuagué y me vine.

Otro ejemplo, en el mismo sentido, es el siguiente relato de Rosita:

Como aquí, que es muy común que me digan: “Ay, sabes qué, préstame tu jeringa”. Pero yo no me quiero andar curando con jeringas que use otra gente, que no sé ni qué enfermedades tenga. Si yo no tengo ninguna enfermedad, no quiero prestar mi insulina y que me transmitan una enfermedad. Entonces, lo que hago es que sí la presto. Pero yo lo que hago es que les digo: “Es más, no te la presto, te la regalo, ya no me la regreses”. “¡Gracias!”, me dicen, porque están casi nuevas, pues. Si acaso, una o dos usadas que le he dado. Pero ya, para que no me la regresen se las regalo, que al cabo ahí tengo otra. Y trato de

² Sin estar en cautiverio en los centros penitenciarios o en los centros de rehabilitación.





traer en una bolsita aparte los *cuetes* que ya no uso, traerlos, y ya les digo: “Ten, te las regalo”. Porque es que todos saben que se pueden contagiar de enfermedades, pero como no es fácil conseguir los *cuetes*, no les queda de otra. El malestar, la desesperación y la ansiedad que tienen los llevan a buscar la dosis, sea como sea.

Finalmente, es importante matizar las relaciones de cooperación para que no quede la impresión de que se están resaltando, de manera romántica e ingenua, las prácticas solidarias dentro de estas redes de UDIS. Magdalena señala:

Yo te voy a decir algo. Quiero que sepas que los *tecatos* es muy difícil que brinden de su cura. Como se batalla mucho para conseguir el dinero y para conseguir la dosis (porque hay veces que no hay en ningún lado, en ningún lado), es bien difícil conseguirla, porque donde hay batallamos mucho para que nos la vendan. No a cualquiera le venden. En algunas partes tienen sus clientes nada más y es muy difícil que le vendan a uno que no lo conocen. Porque algunas veces les ponen el dedo, les echan la patrulla.

En las palabras de Magdalena se describe un mundo hostil, en el que la dificultad para conseguir la dosis necesaria es evidente. Está claro que en un contexto como éste la colaboración entre los usuarios de drogas inyectables no responde necesariamente a una empatía,³ sino que en muchas ocasiones se debe a la clara intencionalidad del intercambio de favores. En sus propias palabras, el mundo da muchas vueltas, y si hoy el favor lo requiere otro, puede que mañana sea él el necesitado.

Al respecto, Santiago señala:

Mira, muchas de las veces se tapa la jeringa. Haz de cuenta que llegamos yo y tú y consumimos. A ti se te tapa tu jeringa, y me dices: “Préstamela, se tapó la mía”. Pero entonces yo te digo: “Te la voy a prestar, pero me vas a dar 10 de las rayas que tienes ahí”. Y ya te la presto. Tú la usas y ya me la das para atrás. Así comúnmente sucede, y se las presto. Otras veces se comparten las

³ En el sentido de ponerse en el lugar del otro y prestarse a la cooperación.





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

jeringas porque se consigue para la dosis, pero no para el *cuete*, y si ocupas curarte ya, porque estás con la *malilla*, lo más rápido es conseguir una prestada. Ahora vino aquí un amigo y se la presté. Pero se la llevó, me dejó sin jeringa. ¡Y andaba bien enojado hace rato! Incluso, en veces he ido al picadero a que me presten. Se la pido al portero, al que está en la puerta. Me dice que él nomás la usa. Supuestamente él nomás la usa, pero no. Ya he mirado que no; esa jeringa la usan 30, 40 adictos. Todos los que llegan ahí se inyectan con las mismas. Llego yo y me la prestan y también me inyecto con ella, y ya soy el número 41, ¿sí me entiendes?

En este sentido, se debe entender que la cooperación entre los compañeros de consumo de drogas inyectables queda reducida a los aspectos más elementales, como asegurarse la provisión, lograr un lugar seguro para inyectarse, tener a la mano los instrumentos necesarios, tener compañía en caso de una sobredosis y, en general, tener el control de las ansiedades que se despiertan todo el tiempo. Mientras en otros círculos de consumo —como el de la marihuana o “las tachas”— la droga es concebida y utilizada como un facilitador de otras situaciones de socialización, para los usuarios de drogas inyectables no hay otra cosa que la droga y el acto de inyectársela.

En otras palabras, como se puede observar en estos relatos, la droga en las redes de los UDIs no es un medio para facilitar e intensificar la socialización, es un fin. Este hecho tiene claras consecuencias en la configuración de las redes, ya que establecer relaciones no es el fin; es el medio que facilita el consumo y controla las situaciones de riesgo.

Cuerazos, traquis y delgadez. Marcas en el cuerpo

El consumo de drogas ilegales vía intravenosa supone de entrada un uso y práctica corporal extremos que exceden los límites impuestos por la lógica moderna. Mientras la sociedad





actual adopta la práctica del “culto al cuerpo”, como preocupación general que atraviesa todos los sectores, clases sociales y edades, estos sujetos menosprecian la preocupación por la salud y relativizan la importancia de las cuestiones de la “estética corporal”. Mientras la sociedad moderna gestiona y administra los cuerpos humanos, evitando o retrasando la enfermedad, el desgaste y la muerte, estos sujetos optan por la autodestrucción de los suyos.

La delgadez aparece como la primera marca visible que empieza a englobar el estereotipo social de los UDIS. En la sociedad moderna, donde se reivindica la importancia del individuo, los rostros adquieren especial relevancia, como la parte más individualizada y singular del cuerpo. El rostro es la marca de la identidad singular de una persona, y por ello, al observar detenidamente las huellas del consumo de drogas en los rostros de los UDIS, se accede al proceso de identidad personal y social. El desgaste en la piel, las miradas perdidas e inquietas, y especialmente la delgadez generada por el desinterés en la alimentación, son algunas de las marcas que los consumidores de drogas inyectables identifican como características de sus pares.

Al indagar sobre las marcas corporales que les permiten asociarse con otros UDIS, los informantes señalan, además de la delgadez, lo que conocen como las “traquis” y los “cuerazos”. Estos sujetos llaman “traquis” a las marcas de los repetitivos pinchazos en un mismo lugar del cuerpo. Son heridas duraderas que recuerdan el consumo compulsivo. Sin embargo, la marca corporal más referida en los relatos de los sujetos entrevistados son los *cuerazos*, abscesos derivados de la técnica incorrecta de la inyección.

Los *cuerazos* están asociados generalmente a las fases iniciales del consumo, por la falta de experiencia en la técnica. Según señala Adriana, “los *cuerazos* dan porque no te picas bien”. Sin embargo, también aparecen relacionados con fases en las que el consumo ha sido durante mucho tiempo y se reportan dificultades para “hallar la vena”. Como dice *El Negro*: “A mí nunca me han





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

dado *cuera*zos. Ni las primeras veces que me inyecté. Yo creo que los *cuera*zos son comunes entre los que no tienen venas”.

En las siguientes palabras de Carmen se aprecia la dimensión que pueden retomar las marcas corporales conocidas como “*cuera*zos”:

Yo ya no tengo vena en los brazos. Ya últimamente me estaba agarrando en la ingle. Pero tuve un *cuera*zo en la ingle y estaba perdiendo la pierna. He tenido bastantes *cuera*zos. Nunca he estado en el hospital por ninguna otra enfermedad, sólo por los *cuera*zos. Como que mi sangre está muy mala. No sé. Yo conozco personas de mi edad que tienen el mismo tiempo que yo curándose, y no se *cuerean* tanto, o si se *cuerean*, no se les pudre como a mí.

Las huellas del consumo intravenoso en el cuerpo de estos sujetos pueden ser entendidas como un “factor de individualización”. Esto significa que los *cuera*zos aparecen en el discurso de estos sujetos como marcas corporales que se integran en el proceso de identidad personal. Los *cuera*zos pueden ser entendidos como factores de individualización que dibujan ciertos límites. Carmen se reconoce como adicta a través de los *cuera*zos. Se afilia a los demás *tecatos* con los que comparte estas marcas, al tiempo que se diferencia de ellos, cuando reconoce que los demás “no se *cuerean* tanto, o si se *cuerean*, no se les pudre como a mí”.

Desde luego, existen otras marcas corporales asociadas al consumo de drogas inyectadas, las que, aunque no son abordadas a profundidad en este trabajo, cumplen la misma función de los *cuera*zos en la construcción de las identidades. Por ejemplo, ciertos tatuajes, ciertos vestuario y accesorios, hábitos de higiene corporal, resultan fundamentales en la construcción de los *tecatos*. Lo importante aquí es que el cuerpo es entendido como un territorio cultural en el que se configuran y se dramatizan las identidades de los sujetos y las colectividades.

En otras palabras, se parte de la premisa de que a través del cuerpo se expresan y se establecen ciertas estéticas y conductas que definen tanto la personificación como la asociación de los





sujetos. Así, en muchos sentidos, al explorar las huellas del consumo intravenoso de drogas ilegales en el cuerpo de los sujetos se accede al proceso de construcción de su identidad como *tecatos*, al proceso de afiliación con sus pares y finalmente a la apropiación del estigma.

Para entender este argumento, es un buen ejemplo el siguiente relato de *El Meño*:

En la mañana me levanto y me inyecto; no quiero desayuno, no quiero nada, y ya me inyecto y ya no desayuno, ya no como. O sea, la droga me tumba la onda de comer, ya no como nada. Y ya para mediodía, en vez de comer, pues consumo otra vez droga; es lo que me hace que me vaya físicamente para abajo, pues me pongo más flaco, más flaco. Porque no como, no me alimento como debe ser. O sea, cambio la heroína por un plato de comida. Me puedes invitar a comer y me pones la comida aquí y la heroína acá, y hago el plato de comida para allá y agarro la heroína nomás. Y me la inyecto.

El concepto de identidad personal hace referencia a un complejo proceso en el cual los sujetos definen el “sí mismo”. En dicho proceso, a partir de sus experiencias, hallan una respuesta a la pregunta sobre quiénes son y cómo son vistos por los demás. De allí la importancia de integrar la dimensión corporal al explorar las interacciones que se dan en los círculos de consumo de drogas ilegales. Las respuestas que los UDIS construyen sobre “sí mismos” están basadas en experiencias que se tienen con y en sus cuerpos. Se entiende, entonces, que cuando *El Meño* afirma que a raíz del consumo de heroína “se va físicamente para abajo”, se está reconociendo como un adicto. A partir de su experiencia corporal, se construye a sí mismo como un *tecato*.

Una de las características básicas de la identidad personal es la capacidad para integrar la autopercepción, con sus actos y con la anticipación del futuro. Por ello, en esta breve declaración, el abierto reconocimiento de que no come y la clara anticipación de que de llegar a tener en el futuro la oportunidad de elegir entre





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

comida o droga, optará por la droga, fija su autoconstrucción como *tecato*. No es necesario que lo verbalice abiertamente. Si se mira más allá de lo obvio y se logra desde un ejercicio hermenéutico desentrañar el contenido latente de sus palabras, se puede apreciar la encarnación de la adicción en la identidad de este individuo.

En este mismo sentido, Fernando, un informante entrevistado en un centro de rehabilitación, afirma: “Por eso paré. Porque va a venir mi jefa para navidad y me agüita que llegue y me vea todo flaco, todo *cateado*”. Como ya se dijo, la identidad personal construye el sentido sobre “sí mismo” y sobre cómo se cree que es percibido por los otros. Así, cuando Fernando decide parar su consumo e ingresar al centro de rehabilitación, lo que realmente está intentando es borrar de su cuerpo las huellas del estigma, deslindarse de su identidad personal como adicto, reelaborar su identidad y tener un rostro “digno” que mostrar a su madre.

Al respecto, Isabel es bastante explícita al hablar sobre las marcas corporales derivadas de su consumo:

Yo, desde que me empecé a picar, me empecé a picar aquí en el brazo. Mira cómo tengo lleno de hoyos. Se me hacen hoyos de lo que me he picado. Esta vena ya no me sirve. Ni la derecha ni la izquierda, por lo mismo, porque ya las tengo quemadas, abolladas. Por eso me empecé a picar en el antebrazo. Aquí, si miras, está la zanjita. A las marcas se les llama *traquis*. Cuando no me agarro aquí, me agarro como por el tobillo. Es en las únicas partes en las que me he agarrado.

Estas marcas, las *traquis*, los *cuerazos*, la delgadez, constituyen la encarnación de la adicción en los cuerpos de los UDIs. Se incorporan a su identidad personal y filtran su experiencia con “los otros”. Estas inscripciones funcionan como límites que los diferencian de quienes no consumen drogas ilegales y de quienes consumen estas sustancias por vías diferentes a la inyectada. Pero, al mismo tiempo, a través de estas marcas corporales se integran al grupo de sus pares. Al reconocer estas marcas, los





UDIS se anexan y se identifican dentro de un colectivo marginal. Por ejemplo, *El Chino* comenta:

A mí, pocas veces me han dado *cuerazos*; pero entre los *tecatos* sí es común el *cuerazo*. Te dan los *cuerazos* porque no te agarras la vena bien. Piensas tú que agarras la vena bien, pero no. Porque, fíjate, cuando metes la jeringa la tienes que, como dice uno, “tienes que reportarle”. Jalar el pistón para atrás, para que jale la sangre de la vena. Pero muchas veces sí jalas sangre, pero no es la sangre de la vena. Es la misma sangre de tu carne y piensas tú que es la vena. Y es cuando se te hace un *cuerazo*, pues. Pero yo digo, yo no sé por qué se *cuerean*, si ese jale arde. Cuando no te lo estás metiendo en la vena, cuando te lo metes en la carne te arde, pues. No entiendo cómo muchos se van con la finta. No sé si ya es demasiada droga la que traen, y ¡pun!

De manera similar, Rosita señala:

Yo no tengo venas; ahora batallo para hallarlas, pero no tengo *cuerazos*. O sea, los *cuerazos* se los hace uno cuando la dosis se está yendo mal, se está yendo no exactamente en la vena, pues. Como esta cicatriz que tengo aquí, mira; esto fue un *cuerazo*.

Y Luis hace énfasis en la importancia de la técnica de inyección:

Si dan *cuerazos* es porque te agarras mal, pues. Muchas veces te agarras la vena equivocada, o el músculo exactamente. No te agarras donde debe de ser, y valió gorro la dosis. Por eso es que provienen los *cuerazos*, porque no te inyectas donde debe de ser; muchas veces traspasa la vena de lado a lado. Antes, como no sabía inyectarme, muchas veces se me hacían muchas bolas aquí en el brazo, porque me agarraba mal, me inyectaba mal. Se me hacían *cuerazos*, unas bolas aquí, unas bolas acá. Duelen bien feo; se hincha bien *machín*. Una vez hasta se me andaba pudriendo el pie éste. Porque me inyectaba aquí, y se me hizo un hoyo para dentro; me andaba pegando gangrena en el pie. Hasta que aprendí





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

a inyectarme. A puros *cuerazos*, hasta que aprendí. Y ahorita, en la actualidad, tengo dos años sin parar; todos los días consumo droga, día y noche, día y noche. Ya no me dan *cuerazos*.

Los *cuerazos* pueden ser entendidos como marcas corporales fundamentales en el sentido de orientación social de estos sujetos. Como se aprecia en los últimos tres relatos, los *cuerazos* forman parte de la cotidianidad en la red de UDIs. Los tres hablan con familiaridad de las causas y las manifestaciones de estas marcas corporales y coinciden en señalar que la causa de los *cuerazos* es un fallo en la técnica de la inyección. No inyectarse en la vena es la causa principal de los *cuerazos*. Entonces, estas particulares marcas son el resultado de la práctica social que los reúne: el acto de inyectarse, y constituyen experiencias determinantes de la re-elaboración de la identidad del individuo en su calidad de persona y miembro de una red marginal. Tal parece que si eres *tecato* al menos una vez te has *cuereado*.

Cuando Luis señala: “A puros *cuerazos*, hasta que aprendí”, ubica esta experiencia corporal en un papel determinante de una nueva representación del propio cuerpo. Tras la búsqueda de nuevas y más intensas sensaciones, los UDIs someten el cuerpo a suplicio. Mediante la inyección repetida de fuertes sustancias psicoactivas cercan sus cuerpos, los marcan, los doman. Así, la delgadez, las *traquis* y, de manera especial y violenta, los *cuerazos* se constituyen en signos que median sus relaciones.

Así, si se considera a los cuerpos en su papel interactivo, se puede afirmar que las marcas del consumo median las relaciones incluso al interior de la propia red de UDIs. ¿Qué tan *tecato* eres? depende de cuántas marcas y cicatrices derivadas del consumo tienes. En el siguiente relato de Isabel se aprecia esto nítidamente:

Porque he mirado muchas mujeres en los pechos. Todo esto de aquí, de los pechos, lo tienen bien feo, bien moreteados. ¡Ay, no, bien feo! Y yo les digo que no sé cómo se pueden agarrar ahí, si es una parte bien sensible. Uno como mujer es lo que más se debe de cuidar, sus partes nobles. Pero son mujeres que no tienen de





dónde agarrarse ya. Son mujeres que tienen mucho ya de *tecatas*, y pues ya no tienen dónde agarrarse. Muchas se inyectan hasta en la vagina, en la panza. He mirado mujeres con la panza toda moreteada, con *cuerazos*, que son bolas que se les pudren. A mí nunca me han salido *cuerazos* así de feos. Nada más se me hacen unas bolitas, pero leves.

Como ya se sabe, el cuerpo y el lenguaje corporal son señales de distinción social. La manipulación del cuerpo y la presentación personal (el consumo de alimento, el vestuario, artículos de belleza, la higiene) son reveladoras de las estructuras más profundas que constituyen a cada sujeto. La manera de tratar el cuerpo, de cuidarlo o no, de nutrirlo o no, de mantenerlo o no, expresa el conjunto de relaciones en las que el sujeto está inmerso. En otras palabras, la manera de tratar el cuerpo está determinada y determina las redes sociales a las que se pertenece. Francisco, uno de los informantes, parece tener clara esta relación cuando afirma:

Hay de *tecatos* a *tecatos*. Hay unos que son más acá y hay otros que son *tepachones* de a tiro. Que andan toda la ropa dura, sucios y ahí andan en la calle, juntando jeringas de donde sea, y así las usan. Hay unos tirados a la milonga, que no puedes estar con ellos, porque andan ahí, todos hediondos.

En síntesis, observar la manera en que los UDIS tratan y manipulan su cuerpo permite descifrar los mecanismos mediante los cuales estos sujetos construyen su identidad y se asocian con sus pares. Las huellas que el consumo intravenoso deja en sus cuerpos los interconectan, al tiempo que los aíslan del conjunto de la sociedad. El abandono y la autodestrucción de su cuerpo los diferencia del patrón que se percibe como “natural”. Las marcas corporales, derivadas de la práctica de inyectarse, ubican a los UDIS en un lugar social denigrado moral o estéticamente.

Este análisis de las redes sociales resulta especialmente útil para reflexionar sobre las marcas corporales comunes a los UDIS. Mientras la sociología tradicional trata generalmente a





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

los individuos como unidades de análisis independientes, desde la perspectiva del análisis de redes se presta especial atención a las estructuras de las relaciones en las que los individuos están inmersos. La sociología tradicional agrega en su análisis a los individuos para buscar el comportamiento común entre los miembros de determinada categoría. Desde esta perspectiva, los “otros” son calificados estadísticamente como “desviados” de la “norma”. Sin embargo, como se aprecia en este apartado, observar el mundo de vida desde la perspectiva del análisis de redes sociales supone la necesidad de interpretar las prácticas sociales desde el punto de vista de los actores inmiscuidos.

Al considerar en el análisis el mundo de relaciones en el que está inmerso el sujeto, las nociones de *normalidad* o *desviación* resultan insuficientes para descifrar la experiencia individual, el tejido social y los significados que circulan por las redes de los UDIs.

Nos alivianamos solos.

Relatos de autodestrucción y autocuración

La psicología identifica un trastorno del comportamiento conocido como “comportamiento autodestructivo indirecto” (CADI). Generalmente, este trastorno es desconocido y pasa inadvertido tanto para el sujeto que lo padece como para quienes lo rodean. Se diferencia del comportamiento autodestructivo directo en que este último es intencionalmente autodestructivo, mientras que el indirecto no se realiza con la clara intención de agredirse.

Es el caso, por ejemplo, del consumo de drogas, trastornos de la alimentación (obesidad, anorexia y bulimia), relaciones sexuales de alto riesgo, apuestas, actos delictivos leves, accidentes, deportes de alto riesgo. En todos estos casos lo que se persigue es la sensación agradable asociada con la actividad y no la autodestrucción. Sin embargo, el daño es claramente potencial





por la repetición de la conducta y el aumento del riesgo. La autodestrucción se produce poco a poco, cada vez que se presenta la conducta, por lo que puede ser considerado como un suicidio lento, inconsciente y a largo plazo.

Al explorar el mundo de vida en el que están inmersos los UDIS de Mexicali, y al indagar especialmente el tipo de interacciones que estructuran sus redes, regularmente los comportamientos autodestructivos suelen repetirse. Un ejemplo paradigmático lo constituye el siguiente relato de Santiago:

Me inyecté con la jeringa de un bato. Él me la prestó. Al otro día me empezó a dar mucha rasquera en el brazo. Me daba mucha rasquera, mucha rasquera, y me empecé a llenar como de ronchas todo el cuerpo. Yo me asusté. Recordé que sí lo miré bien flaco y temblaba. Dije: “¡liii, este bato tiene el sida y no me dijo!” “Cómo eres culero”, le dije: “No me dijiste que tenías el sida”. “No, no tengo nada, wey.” “¿Y entonces, por qué me llené de ronchas yo?” Me dijeron los compas: “Sabes qué, métete cristal inyectado”. Me inyecté el cristal, y ¡nombre!, me andaba volviendo loco esa vez. El corazón se me andaba parando, se me empezó a cerrar la garganta.

El intercambio de jeringas aparece como una práctica riesgosa que se asume. Lo importante aquí es cumplir el objetivo de inyectarse la sustancia. En este sentido, el intercambio de jeringas puede ser leído como un claro ejemplo de comportamiento autodestructivo indirecto. Pero en el relato de Santiago aparece otro elemento interesante para este análisis. Al verse con ronchas, no piensa en acudir a un centro de salud o al hospital. Simplemente sigue la sugerencia de uno de sus pares de inyectarse cristal, otra sustancia psicoactiva. Este hecho hace referencia a otra práctica social común en las redes de los UDIS: la autocuración. Lo que se observa específicamente es la tendencia a incurrir en situaciones riesgosas para la salud asociadas con su consumo, y enfrentarlas con estrategias recomendadas por los pares, sin asistencia médica.





Redes sociales de los UDI: hipervínculos y aislamiento

Ejemplo de esto es el siguiente relato de *El Meño*:

Hubo un tiempo en que anduve revolviendo la cocaína con la heroína, pero la malilla era más profunda, mucho más fuerte. Vomitaba sangre. Estaba bien estreñado. Cuando iba a hacer del baño hacía piedras. Una vez duré 25 días sin hacer del baño, bien estreñado. El estómago me hacía UAAGHH. Traía el estómago bien hinchado. Me dijeron que tomara un café caliente con aceite de “resino”. Noo, pos más se me inflamó la panza. Cuando fui al baño, estaba llorando. No podía hacer, y de un de repente sentí que PAAS, se me reventó la cola, y empecé a aventar piedras; tenía piedras adentro con sangre. Ahorita tengo una semana que no hago del baño, porque no me alimento, pues, ¿sí me entiendes? Como puras chucherías en el transcurso del día. Que donas, que soda, pura chuchería. Comida no. Es muy raro cuando como comida. Tengo una semana que no me alimento.

Cuando la búsqueda compulsiva de la droga se convierte en el fin último de la existencia, el cuidado del cuerpo, por medio de la alimentación o la higiene, pasan a un segundo lugar. Manteniendo el consumo, parece que no se necesita nada más. Sin embargo, tarde o temprano se hacen palpables los estragos en el cuerpo derivados de los excesos del consumo. Con respecto a esto, *El Chino* comenta lo siguiente:

Mientras consumes, por ejemplo, no se siente una enfermedad, pues. Ni gripa, ni tos, nada. Ahorita, lo que me *catea* son estas madres, las encías. Es lo único que me trae *chicoteado*. Porque tanta heroína y tanto *ice* que me he metido me han comido el calcio. Por eso es que tengo dolores en las encías, y es lo único.

En el mismo sentido, Santiago comenta:

Tengo como seis amigos que están ya en el panteón. Se han “morido” de cirrosis hepática, de sobredosis, o porque se les hincha el estómago. Se hinchan, se hinchan, y les truena el estómago. Por lo mismo, de que no se alimentan, el cuerpo no tiene defensas, pues, no tiene nada, y pos quedaron y ahí murieron. Uno que salió del





centro de rehabilitación limpio se metió la jeringa, y ahí quedó muerto. Una vez, hace dos meses, me drogué con un amigo mío. Él se drogó, y se fue así, se fue así, así se quedó. Entonces le dije: “¡Aliviánate!” Ahí lo dejé y me vine. Al rato miré que pasó la ambulancia, y se murió. O sea, se pasó la sobredosis, y estaba conmigo. ¡Nombre!, yo me asusté todo. Y la patrulla andaba buscando al que andaba con él, ¿sí me entiendes? Me tiré a perder...

Según estos relatos, “lo natural” para estos sujetos es “atender” por sí solos sus dolencias. Esta práctica está en contravía con el papel predominante que la sociedad moderna le otorga a la medicina como la disciplina encargada de gestionar la salud de los ciudadanos. Se debe recordar que en las diferentes instancias del aparato moderno la pedagogía, la higiene y la salud establecen las normas de conducta con respecto al propio cuerpo. Señalan la forma “correcta” de manipularlo, administrarlo y cuidarlo. En este sentido, la medicina moderna es la responsable de prevenir enfermedades y curar uno de los bienes más entrañables de las personas: sus cuerpos. Sin embargo, los informantes señalan prácticas de autocuración que, correctas o no, representan una actitud desfavorable para asistir a los hospitales y centros de salud.

En los siguientes relatos de los informantes se evidencian una serie de métodos objetivados para enfrentar los problemas de salud que aquejan a la mayoría de los UDIS de la ciudad. Al adentrarse en su mundo de vida, queda claro que los *cuerazos* y las sobredosis son recurrentes entre sus redes sociales y constituyen las principales dolencias que los acogen.

En el siguiente relato de Santiago se aprecia la forma en que el cuerpo es manipulado y agredido por la compulsiva búsqueda de “la cura”.

Me he inyectado mal. Anteayer se me echó a perder una dosis porque me agarré, llené de sangre la jeringa y luego se me tapó. Se me coaguló y se echó a perder. Pero yo me la quise meter a fuerzas, y se me hizo un “bolón” y me lo tuve que reventar. Aquí traía un *cuerazo*. Con la navaja me lo corté, y me apachurré y me





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

saqué todo el cochinerito, toda la pus; todo el cochinerito me lo saqué, y me eché agua con sal caliente y sábila.

Si se entiende el lenguaje como mediador de la relación entre Santiago y su cuerpo, el *cuerazo* aparece como el intruso que crea la desarmonía entre la persona y su cuerpo. Como se viene señalando, los *cuerazos* son el resultado del uso inadecuado de la técnica de la inyección. En muchas ocasiones, está asociado con la ansiedad e impaciencia con la que se consume la sustancia. Sin embargo, en los intentos por sanar los *cuerazos* se observa un movimiento fluctuante entre la autodestrucción y la autocuración. La existencia de prácticas sociales conocidas por la mayoría de estos sujetos para sanarse los *cuerazos* demuestra su deseo de supervivencia como individuos y como colectividad. Esto se aprecia especialmente en las siguientes narraciones. Rosita comenta:

No me pasan a menudo los *cuerazos*. Esta cicatriz fue del último. Éste, ¿cuánto tendrá? Como un año y feria. Me *cuereé* aquí en el pescuezo. ¡Nombre!, m'ijita, tenía el pescuezo así; parecía que traía paperas por los dos lados. No podía ni pasar alimento, ni saliva. Pasaba saliva y sentía que me ahogaba, de tan inflamado que tenía el *cuerazo*, y no me dejaba pasar saliva ni nada. Me faltaba el aire. A veces, que me levantaba de repente, porque se me iba el aire, pues. La misma inflamación del *cuerazo* me inflamó la garganta; batallaba mucho para respirar. Esa vez sí me vi mala y fui al hospital. Pero cada vez que iba me decían que tenía que sacar cita. Y les decía que me dolía mucho y que no aguantaba el dolor. “No, espérate, porque hay muchos delante contigo.” Total, que me tenía que salir del hospital. Nunca me atendieron. Era por la discriminación, pues. Y mejor me salía yo del hospital. Prácticamente yo me curé el *cuerazo* del cuello sola. Esa vez corté la sábila, la rebané y le quité la cáscara. Le levanté las esquinas por los dos lados. Entonces, ya te la pones aquí y te empiezas a dar como “masajillos”, así, con la sábila. En la noche haces eso. Si quieres que permanezca ahí la sábila, pos te la pones ahí y te pones una venda. La sábila es para que se vaya juntando todo el pus





Engordar la vena

y vaya madurando el *cuerazo* más rápido. Ya cuando el *cuerazo* está maduro, se pone bien blandito y un poquito blanco. Con una insulina nueva te la encajas, y ya pos levantas. Esto me lo enseñó mi papá, que en paz descansa. Él también se picaba. Incluso ese *cuerazo* él me lo curó, porque yo no sabía. Yo nunca había tenido un *cuerazo*, y él me decía: “No tengas miedo, m’ija”. Porque yo no le decía, pero él miraba que me soltaba llorando. “No tengas miedo, m’ija; no te va a pasar nada. Te vas a aliviar. No estés ahí de llorona, cabrona.” Pobrecito mi papá, que en paz descansa: hace poco que falleció.

El anterior relato de Rosita ilustra la forma en que se transmite oralmente la técnica –correcta o no– para curar los *cuerazos*. Con algunas variaciones, en los diferentes relatos de los informantes aparece básicamente el mismo procedimiento propuesto. Ejemplo de esto es el siguiente relato de Carmen:

Los *cuerazos* se curan con sábila, hierba del manso, agua con sal y tomando penicilina. Ya que haces todo eso, pues ya estás al pendiente de que no se infecte. Si no se infecta en unos días, ya estás bien. Mira, yo casi no tengo. Incluso hace rato un amigo traía un hoyote así, bien feo. Yo le dije: “¿Sabes qué? Lávate con hierba del manso y ponte sábila y toma algo”. Pero no sé si lo vaya a hacer. No va a ir con el médico por temor a que lo vayan a detener.

En las siguientes palabras de *El Chino* vuelven a aparecer los mismos elementos:

Los *cuerazos* te lo curas con... ¿cómo se llama?... con sábila. O sea, que tienes que dejar primero que el *cuerazo* te madure. Te duele, te duele en el transcurso del tiempo en el que estás dejando que te esté madurando. En el transcurso que se está madurando tienes que estarte echando sábila, para que te madure más rápido, pues. El dolor te puede durar hasta un mes. Está gacho. Yo digo que está gacho. ¿Tú crees?, estar soportando el dolor ese. Hasta con el simple hecho de que te roce la tela de tu camisa te duele. ¿Te imaginas estarlo soportando un mes? ¡Nombre! Cuando



ya está maduro se revienta solo. ¡Pum! Revienta, pues. Cuando menos piensas, ya sientes el líquido. Sientes la pus, todo lo malo. ¡Nombre! ¡Y huele re feo! Yo no voy al hospital. ¡Nombre! Los médicos te corren. Hay unos que te corren porque, “no, hay mucho peligro” y que no sé qué. Que llevamos enfermedades. Por eso uno busca sus mañas para poderse curar. Yo me curo solo. O sea, por lo regular yo me curo solo.

Es importante señalar que en los anteriores testimonios aparece en varias ocasiones la percepción del estigma que soportan. Sin embargo, en este trabajo no se realizó ninguna indagación para establecer si se trata de una percepción errónea y si en efecto los servicios de salud pública también cobijan a este grupo. Lo importante aquí es identificar la construcción de estos sujetos sobre la manera en que creen ser percibidos y tratados social y específicamente por el sector médico.

Por otra parte, al identificar en los testimonios de los informantes los reiterativos relatos de autodestrucción-autocuración, sobresale el caso de las sobredosis. Además de los *cuerazos*, entendidos como afecciones a la salud, comunes en las redes de UDIs, la sobredosis es uno de los principales problemas para la salud que deben enfrentar.

En la ciudad de Mexicali la sobredosis es la principal causa de mortalidad entre los usuarios de drogas inyectables. De allí es posible afirmar que cuando estos sujetos se inyectan drogas ilegales en sus cuerpos se manifiestan los usos y los abusos, los excesos, la autoagresión y la muerte potencial. Pero en el acto de inyectarse el cuerpo de estos sujetos no está supeditado exclusivamente al arbitrio de su dueño; en el acto de inyectarse se resume y se manifiesta la sanción y la exclusión de los otros. En otras palabras, la criminalización de estos sujetos, su percepción social como viciosos, el olvido de que se está ante un problema de salud pública, genera cierto contexto sociocultural que maximiza la vulnerabilidad de los UDIs. Para ejemplificar este argumento resultan pertinentes las siguientes palabras de Rosita:



Pos lo que yo he escuchado que hacen, cuando alguien tiene una sobredosis, es ponerles hielo, darles masaje, ejercitarle los brazos, no dejarlo que se duerma, principalmente. Ponerle hielo donde te conté, en la parte del hombre, pues. O darles leche también, o inyectarles una dosis de sal con agua, pues con la sal se corta toda la droga. Los adictos nos alivianamos así porque por la droga es un problema ir al hospital. Muchos no lo hacen por miedo a ser detenidos, o por la bronca de que vaya a fallecer el muchacho y la bronca caiga para uno.

Esta percepción de los usuarios de este tipo de drogas de que pueden ser vistos como criminales inhibe la iniciativa de buscar ayuda médica cuando algún compañero de consumo es afectado por una sobredosis. Por ello cuentan con algunas estrategias, como las que describe Rosita, para enfrentar las sobredosis, para “alivianarse ellos solos”. Otro claro ejemplo de la percepción del estigma se observa en el siguiente relato de Carmen:

Yo nunca me he pasado, pero me ha tocado ver gente que se pasa. Para alivianar a alguien que está doblado, se agarra, sobándole el pecho, que aventándole aire, que poniéndole hielo, que dándole masaje en el corazón, en los brazos, así pues, o se les da aire de boca en boca. Yo creo que si me pasa que me doble, que no me lleven a un hospital, que me alivianen los compas. En un hospital en veces lo tratan peor a uno. Una vez que estuve internada allá en la cárcel me sacaron a internar para allá, al hospital. Tenían que operarme de la matriz y yo oía lo que decían los doctores. O sea, me tenían que poner el suero, y no me hallaban la vena. Oí que decían: “No, pues opérala así”, como diciendo: “Si se muere, yo me aviento la bronca”. Y me operaron así, sin el suero. Se me vino una hemorragia, ya me andaba muriendo; ya mero se les andaba haciendo. Imagínate que dijo el doctor que no batallara, que me metiera así al quirófano. Y por meterme así me vino la hemorragia. Sentía que no podía respirar, me desmayé, y la celadora que me estaba cuidando decía que hasta me habían echado la sábana encima, que hasta se me paró el corazón. Por lo que yo oí, yo creo que sí me dieron ese trato, porque venía de la cárcel o por viciosa.





Redes sociales de los UDI: hipervínculos y aislamiento

Sin embargo, en el siguiente relato de Isabel se matiza un poco la idea que se tiene acerca del maltrato que el gremio médico da a estos grupos:

Cuando él llegó yo ya estaba tirada en el piso. Dice él que me decía: “M’ija, no me asustes, no me hagas eso”. Dice él que me decía que no era broma de buen gusto. Pero yo ni en cuenta. Entonces, ya como pudo me sacó para fuera del cuarto. Dice que salió llorando y gritando de la desesperación, porque yo ya tenía los labios morados. Entonces, una vecina de enfrente lo miró y le dijo que qué pasaba. “Mi esposa está muy mal; ocupo alguien que me dé *raite* para ir al hospital”, le dijo mi esposo. La muchacha le dijo: “¿Sabes qué? Con ustedes no va a haber ningún vecino de buena voluntad. Vale más que le hablemos a la ambulancia para no perder el tiempo.” Y sí, llamaron a la ambulancia. Cuando me desperté, estaba bien sacada de onda. Yo sentía que me quería despertar y no podía. Yo quería hablar, pero no podía, no podía. Cuando me desperté, la enfermera me preguntó: “¿Qué usas?” “¿Qué chingados le importa!”, le respondí. Bien déspota. Yo bien fiera todavía. Pero el doctor me dijo: “No seas grosera con la enfermera. Ella te acaba de salvar la vida, porque tú ya estabas muerta”. Yo me quedé acá. “¿Por qué salvar la vida?”, le pregunté. “Porque ya venías muerta. ¿Que no te acuerdas qué te inyectaste?”, me dijo. A mí me dio vergüenza con la enfermera por cómo le contesté, pero yo no sabía nada. Ya le pedí disculpas, y ella me dijo que no había problema, que me comprendía. Luego me estuvo haciendo muchas preguntas. Me preguntó que cuánto me había metido. Lo peor del caso es que no sé por qué me doblé, si sólo me metí 10 rayas. Pero mi esposo me dice que no. “¿Sabes qué? No son 10 rayas las que te metiste.” “Pero m’ijo, si yo me acuerdo que sólo levanté 10 rayas”, le dije. Me dijo: “Lo que pasa es que no te acuerdas, pero tú te metiste las 10 rayas; cuando viste que no te pusiste bien, levantaste lo demás y te lo metiste todo. Lo que pasa es que no te acuerdas. Pero cuando yo llegué al cuarto, miré en el cacharro donde hacemos la dosis y no había nada, el cacharro estaba vacío, y me fijé en la jeringa y no había nada. Te lo metiste todo”. Él dice que con 10 rayas no me podía haber doblado. Pero en el hospital me trataron bien; yo fui la grosera. Nomás en cuanto reaccioné, duré como





Engordar la vena

media hora respondiendo las preguntas, y mientras, tomaba más suero. Y ya me dieron de alta.

La sobredosis es identificada como una reacción natural del cuerpo frente a un exceso de drogas o una combinación de ellas. Cuando eso pasa, el cuerpo pierde la capacidad para tolerar la sustancia y generalmente las personas se ven adormecidas, débiles, con la cara pálida, los labios y las uñas toman un tono azulado, el pulso se pone lento, la respiración se dificulta o se presenta de manera irregular. Generalmente hay desmayos, sonidos como de ahogo y vómitos. En los casos de sobredosis más graves se producen convulsiones, paro respiratorio y paro cardíaco. Síntomas que, de no ser tratados a tiempo y de la manera adecuada, pueden causar la muerte.

Santiago recuerda:

Una vez me dieron heroína. Pero no era heroína. Me dice un compa que me dieron anestesia, de esa que usan en los hospitales pa' operarte. De esa me metí. Y la sobredosis, muy cargada. Me quedé tirado. No me acuerdo de nada. Me metí 60 rayas. O sea, la mitad de la jeringa. Me la metí toda. Nomás me acuerdo que azoté, y quedé como cuatro horas tirado ahí en la calle. ¡Un calorón que estaba haciendo!, me acuerdo.

Y *El Cuate* señala:

Una vez tuve una sobredosis. Me metí de más. Estaba muy buena y la verdad no sentí nada. Nomás sentí un poco de sueño, y ya. Al rato que me desperté, nomás me dolía el cachete, de las cachetadas que me ponían pa' que no me fuera. No me llevaron al hospital porque nosotros mismos sabemos cómo alivianarnos. Si una persona se me está pasando, le inyecto sal o le pongo lumbre. Agarro papel de rolo, lo amarro en los pies, le prendo lumbre, y no hay quién se resista a la lumbre. También me pasó que un amigo se iba doblando frente a mí. No lo llevamos al médico. Yo lo aliviané.

En estos casos, la causa de la sobredosis aparentemente está ligada a la calidad de la droga. En este sentido, también es im-



portante señalar que diversos estudios apuntan a que cualquier usuario de drogas inyectadas está propenso a sufrir una sobredosis. No importa si es la primera vez que usa drogas o si ya lleva tiempo consumiendo. Las causas son múltiples. La calidad de la droga que se inyecta, la cantidad y el estado de salud general al momento del consumo, son unas de las causas más señaladas. También es muy aceptada la hipótesis de que los periodos de abstinencia, intencionados o no, aumentan el riesgo de una sobredosis debido a la pérdida de la tolerancia.

Una vez más, el acto de “inyectarse” puede ser interpretado como la inscripción sobre el cuerpo que sitúa el camino de la vida –al calmar el malestar de la *malilla*– o de la muerte –ante la evidencia del riesgo de sobredosis–. En este mismo sentido, la práctica de “alivianarnos solos” y las estrategias objetivadas para enfrentar las sobredosis de los pares tienen un sentido solidario entre los miembros de la red. Al respecto, *El Chino* afirma:

Hay gente mala. Hay gente que de plano sí son, como decimos nosotros, son *culeros*. Están viendo que un bato se está pasando, y les vale madre, pues. Ahí los dejan. Cuando un bato se está pasando, en caliente se mira. Porque cuando una persona se está doblando, cae. Cae para enfrente, para atrás o para los lados, pero tiene que caer. Se inyecta, cae y se le voltean los ojos. Se le quedan los ojos en blanco, empieza a brincar como chango y le empieza a salir espuma y vómito por la boca. A mí me pasó con un bato. Lo que debemos hacer es tratar de alivianarlo, y si no, podemos llevarlo al hospital. Nomás que muchas veces hay broncas, te metes hasta en problemas, pues, pero no hay de otra. Todos queremos vivir. A pesar de lo que es nuestra vida, queremos vivir, y hoy por ti, mañana por mí.

Así, atender a los compañeros que se “están doblando” y preferir ser “alivianado” por los pares, antes que en un hospital, puede ser visto como una manifestación de la apropiación del estigma. Por ello, sólo a partir del conocimiento del mundo de



vida de estos actores sociales y de las creencias y representaciones que guían sus decisiones y comportamientos se podrán establecer estrategias que respondan a los problemas de salud asociados con el consumo de drogas inyectables.

Como se ha venido señalando, social y culturalmente se establecen ciertas categorías para ubicar a las personas como pares o como extraños. Al encuentro con “el otro”, con “el extraño”, se ubica su posición y su identidad social. El problema surge cuando ante ciertos atributos diferentes, que pueden ser otro color de piel, otra nacionalidad, otra lengua, otra cultura, los sujetos son menospreciados. Esto sucede en el caso de los adictos, cuando dejan de ser percibidos como ciudadanos con los mismos derechos que los demás y son reducidos a la etiqueta desacreditada del *tecatos*. En los relatos de autodestrucción-autocuración de los informantes se aprecia claramente la forma en que dichas etiquetas son apropiadas y traducidas en prácticas de autoagresión y de automarginación de los servicios sanitarios.

Tecatos. El peso del estigma

Erving Goffman introdujo el concepto de *estigma* en las ciencias sociales para hacer referencia a algún o a algunos atributos de las personas que funcionan socialmente como una marca o señal de deshonra. Por ello, como se viene afirmando, el concepto de estigma tiene que ver con una identidad social subvalorada, que varía dependiendo del contexto social.

Mientras en el apartado anterior los relatos de autodestrucción y autocuración fueron leídos como manifestaciones de la apropiación del estigma, en esta parte se interpreta la forma en que los informantes representan el estigma y la exclusión que los afecta. Específicamente, se indaga la forma en que estas personas se sienten excluidas de la vida social y perciben cotidianamente el miedo y el odio de quienes los rodean.



La siguiente pregunta, formulada por *El Negro*, uno de los informantes, resume la postura de estos sujetos al momento en el que intentan reelaborar y controvertir el estigma que recae sobre ellos: “Porque uno es vicioso, ¿es malo? ¡No! ¿No crees tú que puede ser más mala una persona que no es viciosa que una viciosa? ¿No está mal que seamos considerados como lo peor?”

A pesar de la lógica inherente a la pregunta de *El Negro*, desde el punto de vista de las representaciones dominantes el consumo de sustancias psicoactivas ilegales es una zona estigmatizada a través de la construcción social del “problema de las drogas”. En el entorno social de la ciudad de Mexicali, los usuarios de drogas inyectables constituyen un grupo minoritario. Aunque el consumo de drogas va en aumento, quienes no consumimos drogas ilegales somos mayoría.

Así, en el caso de las redes sociales de los usuarios de estas drogas se constatan situaciones comunes a otros grupos minoritarios. Sus miembros manifiestan creencias, sentimientos y comportamientos diferentes a los de la mayoría. Y en este sentido, se construyen prejuicios que definen y ubican a los miembros de estas redes en una clara situación de desventaja.

Por ejemplo, Armando afirma:

La vida del *tecolín* es muy dolorosa. Sufres mucho. Al principio tienes trabajo y tienes con qué comprar la *chiva*. Como estás empezando a consumir, ocupas poco y tienes dinero para comprarla. Entonces, los primeros meses es a toda madre. Porque las dosis son pocas, y con eso tienes. Pero luego va aumentando la dosis que necesitas y llega el momento en que ya no te alcanza el dinero. Luego, donde trabajabas se dieron cuenta que le pones a la heroína y te corren. Entonces, es más difícil conseguir el dinero. Ya luego tus amistades, cuando saben que eres *tecató*, se te van retirando, te dejan solo. Le hablas a la gente y te cortan. Entonces vas notando que ya no quieren la amistad contigo. Solo te quedas; nomás cuentas con otros *tecatos*. Porque a los *tecatos* no nos pueden ver ni en pintura. Nos rechazan muy gacho. Nos humillan. Nos tratan de lo peor. Es muy triste. Se nos mira, al vernos. Estamos muertos en



vida. Estamos vivos porque consumimos, pero si no consumimos, nos morimos. La droga es lo que nos hace levantarnos.

En este relato de Armando se observa el proceso de exclusión social que se vive a cuenta del estigma y del prejuicio. Lo mismo se aprecia cuando Francisco afirma: “Me han tratado mal por ser *tecato*. La gente a uno no lo quiere. Ya lo miran a uno y lo quieren humillar; como que no les gusta que uno ande por ahí frente a ellos”.

El desconocimiento del problema, la información estereotipada y sesgada que sobre “los adictos” circula socialmente, son algunas de las causas de la posición de inferioridad de estos actores. Simplemente se les cataloga como un grupo de sujetos que se desvían de las normas implícitas o explícitas del “deber ser”, desconociendo los síntomas de la enfermedad y la fuerte influencia del contexto sociocultural de exclusión en el que están inmersos. Esto se observa en la siguiente narración de Rosita:

No. Yo nunca trato de comprar jeringas en otro lugar. Me da vergüenza, pues. Me da vergüenza hasta en la miscelánea, que ya tiene años el señor de conocerme. No por el señor, sino por la gente que hay allí, pues, cuando uno llega a comprar. Porque miran lo que estoy comprando. Ya vez cómo es la gente. Luego, luego, echan a andar la maquinita. No, que “ésta es *tecolina*, se inyecta”, aunque no te lo digan, pero ya sabes lo que están pensando, por cómo te miran, con desprecio.

En estas palabras de Rosita se ejemplifica lo que vienen planteando algunos teóricos sobre el estigma. Según la literatura especializada en procesos de exclusión, el estigma no se ubica en los atributos diferenciados, sino en la mirada de quienes etiquetan al “otro”. En otras palabras, el estigma no se explica por el simple acto de inyectarse, como límite entre la minoría que consume y la mayoría que no lo hace. El estigma existe justamente en esa mirada “de desprecio” de la que habla Rosita. Es esa mirada, mezcla de miedo y odio hacia el diferente, la que separa





Redes sociales de los UDis: hipervínculos y aislamiento

el “nosotros” y ubica en un lugar subordinado a “esos otros”, “los adictos”. En las siguientes palabras de Santiago también se observa el peso de dicha mirada:

En veces, cuando intento comprar las insulinas, me tratan mal. Me dicen: “Pinche adicto, ¿para qué las quieres? Ya déjate de cosas”. La otra vez se me tapó la jeringa; fui y le lloré al bato de la farmacia. De verdad estaba mal, con la *malilla* y con la aguja tapada. Le dije: “Hazme el paro, compa, se me tapó la jeringa; mira, aquí tengo la heroína y la tengo tapada”. Se nota que el bato no sabe lo que es eso para nosotros. No se imagina el martirio. Me miraba con odio. Me la dio nada más porque tenía mucha clientela allí y estaba dando mal aspecto, porque todos me miraban hasta con asco. Me dijo: “Toma, pero vámonos, vámonos, desafánate de aquí”. Por eso me la dio, para que no molestara a la clientela con mi presencia. Pero tuve que pasar una humillación. Me tuvo que humillar el bato. Me sentí que me sobajó y todo. Porque yo llegué llorando y me dijo hasta de lo que me iba a morir. Pero me dio la jeringa. Y no me importó, ¿sí me entiendes? “¡No le hace, dámela!” Lo bueno que me la dio. Que me diga lo que quiera. Uno aprende a tolerar eso. No queda de otra.

En este punto, resulta oportuno recordar las palabras de *El Negro* al intentar alejarse del estereotipo del *tecato*:

Yo siempre he procurado inyectarme en las piernas, para no maltratarme los brazos. Porque siempre hay que cuidar la imagen de uno, ¿no? Por eso, en mi casa nunca supieron que era vicioso. Hasta los 30 años, ahí le conté a mi jefa. Ella no creía. Le pegué a la coca, al cristal, a la *chiva*, pingas; pero nunca fui de esos viciosos que se andan cayendo o durmiendo o que descuidan su imagen. Por eso también trabajo. Esta casa es mía. O sea, siempre me ha gustado vivir bien. Nunca cargo las jeringas. Si te las cacha la policía, te mete al bote unos tres días. Por ejemplo, nunca he tenido problemas con un vendedor para que me dé insulinas. A muchos no les venden por las fachas en que van vestidos. Pero yo nunca ando barbón ni greñudo, ni todo cochino; o sea, vulgarmente, como dice la gente: no ando valiendo verga. Si no te ves como *tecato*, puedes conseguir





trabajo. Pero si saben que eres *tecato*, ya valió, ya no te dan trabajo en ninguna parte. Es la verdad. O sea, aquí estamos muy jodidos para ese *jale*. Hay mucha discriminación. Por eso cuido tanto mi imagen, para que no sepan que soy vicioso y que no me traten así. No porque sea *tecato* soy el diablo.

Gran parte del estigma de *tecato* se sustenta en la apariencia “diferente”. Las marcas en el cuerpo, de las que se hablaron en un apartado anterior, los ubica como extraños. Al no compartir los códigos estéticos y los usos del cuerpo que median las relaciones de la mayoría, se merman sus habilidades de interacción. Esto lo señala con claridad Isabel, por medio de las siguientes palabras:

Los adictos se identifican de volada. En su aspecto físico, en su mirada. Por lo general, están flacos y descuidados. También se sabe en su forma de hablar, en su comportamiento, en sus temas de conversación. Algunas veces en su aspecto físico no, cuando están empezando o acaban de salir de un centro de rehabilitación. Pero si te fijas en su actitud y en su forma de hablar, de volada te vas a dar cuenta que es un drogadicto. Porque hablan todo el tiempo de la *cura*, de la *malilla*, de lo que hacen para conseguir la *cura*. Porque muchos roban, porque otros trabajan, como mi marido; otros hacen un trabajito aquí y otro allí, y ya completan. Y pues, en esa actitud de estar buscando la *cura*, de estar ansioso y como escondiéndose, como caminando con la cabeza baja. Porque mucha gente nos mira y cree que uno no tiene ni sentimientos ni pensamientos de nada. Cree que uno, en pocas palabras, vale madre, que es una piltrafa. Para muchas personas un drogadicto es lo peor, lo peor que puede haber. Entonces, mucha gente cree que uno no siente. Pero se equivocan. Lo que pasa, como te digo, es que la gente no lo comprende a uno ni sabe qué pedo con uno. No comprenden, no saben cómo uno vive.

En estas palabras de Isabel se indica abiertamente la forma en que estos sujetos creen ser percibidos: como personas inferiores, que no razonan, que no sienten. O, como se señala en las



siguientes palabras de *El Meño*, incluso como personas que no merecen vivir:

Después de la sobredosis amanecí en el hospital, con sueros. Las gentes que me miraron tirado en la calle le hablaron a la Cruz Roja. Llegó la ambulancia, me levantó y me llevaron al hospital. Me regañaron. O sea, al adicto, al drogadicto, no lo quieren. Tú sabes muy bien que no lo quieren. “Ah, una pinche lacra menos, que se muera. Para qué chingados está respirando aire de otra persona, que en verdad debe de vivir.” Me dijo el doctor: “Cuántas personas quisieran estar como tú, que estás bien; cuántas personas no están esperando un trasplante de corazón, de hígado, de una célula, y tú que estás bien estás desperdiciando tu vida. La vida no es justa: tú con vida, y otros que no viven bien, que no pueden”. Yo entendí que me decía que mi vida no vale como la de los otros. ¿O no?

Por lo general, todos los informantes reconocen representar o creen representar una identidad devaluada socialmente. El hecho de consumir drogas ilegales, y más específicamente, el hecho de inyectarse, levanta una frontera que los aleja del resto de la sociedad. Esto se expresa directamente en las siguientes palabras de Gerardo:

La adicción con la aguja yo siento que es diferente. Yo pienso como que se degrada más la persona por el simple hecho de inyectársela. La sociedad no lo acepta de ninguna forma. Yo me di cuenta que amigos y parientes, que sabían que yo me hacía unos pases, no me decían nada. Pero cuando supieron que me inyectaba, ya me rechazaban. Aquí es difícil. Los policías, por ejemplo, te paran por cualquier cosa. Por el aspecto o por cómo lo miran a uno. Los policías andan que te miran desde lejos y de volada te identifican; por eso se les dice *los tiburones*. En donde quiera que me miraran me levantaban. En veces iba a conectar y me llevaban. Los primeros años que estuve aquí, por cualquier cosa me daban 36 horas. Te miraba el doctor, y si te veía drogado, te dejaban 36 horas. Te pegaba la *malilla* ahí adentro. Pero cambió eso. Ahora



Engordar la vena

ya no vas con el doctor; ahora vas con el magistrado, con un juez y él te mira. Si te ve sucio, sí te deja.

Estas palabras de Gerardo recuerdan que uno de los elementos de la cotidianidad de los adictos, en los que se observa de manera palpable el estigma que soportan, es en la interacción con los policías del municipio. Al respecto, José comenta:

He ido a la cárcel por vagancia, pero nunca por un delito de robo, o así. Es porque me han encontrado en la calle, en los picaderos. Hacen redadas, operativos, y a todo el que ande en la calle con aspecto de vicioso lo levantan. Te preguntan qué andas haciendo, de dónde vienes. Si te miran drogado, te preguntan dónde la compraste, quién te la vendió. Te suben a la celda, te dejan 36 horas. Si no te sientes bien por la *malilla*, te dejan las 36 horas, y si te sientes bien, te pueden sacar a que hagas limpieza, y puedes irte.

De manera similar, Isabel señala lo siguiente:

No podemos cargar con los *cuetes*, porque nos agarra la patrulla y nos lleva de volada a la comandancia. Por ejemplo, a nosotros los drogadictos las patrullas nos paran a cada rato; no podemos llevar jeringas. Si nos ven el *cuete* en la bolsa, de volada nos llevan a la comandancia. Gracias a Dios, nunca me han llevado a la comandancia. Pero dice mi marido que llegas, te meten con el doctor, para que vea si estás drogado o no. Ya que ven que sí estás drogado, te meten a la celda, y ahí te tienen hasta el otro día. Pero lo difícil es pasar la *malilla* ahí encerrado.

Finalmente, Rosita recuerda una situación en la que la discriminación a estos sujetos se hace palpable:

Una vez íbamos mi esposo y yo por la calle. Íbamos a trabajar. Trabajábamos en una taquería. Y así, en un *car wash*, afuera, había unas ramas y entre las ramas estaba un muchacho con la cara metida en las matas. Y estaba doblado el muchacho. Y vieras que llegó la patrulla, y vieras qué mal lo trataron al muchacho.





Redes sociales de los UDIs: hipervínculos y aislamiento

A patadas. Le decían: “Hijo de tu puta madre, nos haces trabajar de oquis”. Y a patadas subieron al muchacho a la patrulla. Pero estaba mal, mal.

Este hecho recuerda lo que plantean algunos autores sobre el estigma, la exclusión y la discriminación. Autores tan disímiles como Emile Durkheim, Michael Foucault e Irving Goffman plantean que con el señalamiento formal o informal de ciertos grupos sociales como infames, perversos o subvalorados lo que los mecanismos de control social buscan no es incidir en el cambio de comportamiento de los que forman parte de esos grupos; lo que se busca es aislarlos del resto de la sociedad. En otras palabras, tras la discriminación y exclusión del “adicto” de ninguna forma puede esperarse un cambio de comportamiento o un abandono de sus hábitos y dependencias. Entonces, cabe preguntarse si las políticas públicas que excluyen a los adictos lo que en realidad buscan es preservar al resto de la población de la contaminación o del contagio de sus “viciosas costumbres”.

Ya para terminar de exponer la forma en que el estigma y la exclusión aparecen como realidad asumida en el discurso de los informantes, es importante señalar que en ocasiones se extienden al ámbito familiar. Por ejemplo, Fernando señala:

Mira, tengo familia aquí alrededor, pero yo nunca los procuro a ellos. Para ellos yo soy lo peor. ¿Cómo te diré? Por ejemplo, si me ven en la calle y les preguntan: “Mira, ¿lo conoces?” “No. Ni sé quién es”, responderían. Y eso no me gusta. Eso me hace pensar ¿qué pasa? Estoy solo como un perro. Sí, tengo amigos y hablo con ellos, y esto y lo otro. Pero eso no es nada real. Es una fantasía. Son amigos *tecatos*, como uno. Pero la familia, que se supone debería estar con uno, todo el tiempo nos ataca. Como que uno es la oveja negra. Y no es sólo mi caso. Entre los camaradas uno se aconseja y habla, y esto nos pasa a casi todos. A algunos nos gustaría, como se dice, hacer vida, juntarnos con una *jaina* y hacer una familia. Desde unos meses que ando así, chispeado, inconforme con mi vida. Yo antes no hablaba así. Vienen los camaradas





y les hablo y me dicen: “Pinche Nando, ¿qué onda contigo? ¿A poco muy santito?” Pero no es eso. La neta, ya no le hallo *patada* a esto. Siempre es lo mismo, lo mismo. Las drogas te dejan solo; no quiero estar solo.

Sin embargo, esta idea debe ser matizada, ya que en algunos casos los informantes reconocen que, a pesar de todo lo que han afectado a sus familiares por su dependencia a las drogas ilegales, sus seres queridos continúan apoyándolos. Incluso, Francisco reconoce lo siguiente: “En verdad, cuando ya me veían desesperado, aquí en la casa me daban dinero. Como ya sabían mi problema, con tal de que no me fuera a robar, mi familia, mis hermanos me daban para la droga. Me hacían el paro”.

Casos como éste, en el que las familias continúan apoyando a los UDIS, recuerda el hecho de que la percepción negativa de ciertos comportamientos y el estigma social de quienes los realizan son construidos socialmente; por lo tanto, son relativos culturalmente. Es decir, varían en función de cada contexto particular. En resumen, la percepción devaluada de ciertos sujetos se relativiza dependiendo de las circunstancias y de las redes de relaciones en las que están inmersos. Un ejemplo de esto es el señalado por Armando en el siguiente relato:

Me acuerdo de todo lo que hice con mis hijas y me agüita mucho que hayan tenido que vivir muchas cosas por mi vicio. Ahora me arrepiento y todo eso, pero ya es tarde. Me acuerdo que una vez, yo con la *malilla*, le decía a una de mis niñas: “M’ija, ándale, apriétame el brazo, fuerte, m’ija”. Andaba bien desesperado y no hallaba mis venas. Mi niña tenía como siete años. Ella me agarraba fuerte y lloraba, y yo queriéndome inyectar. Me acuerdo, ¡y cómo me agüito! Haga de cuenta que estoy viendo todo cómo pasó. Ya están grandes. Una tiene 17 y la otra tiene 18. Me acuerdo de todo lo que hice con ellas, y me da mucha tristeza que hayan visto de su padre todo eso. Pero a pesar de que yo fui así, drogadicto, nunca, nunca, les levanté la mano. Todo el tiempo les di amor. Siempre me miraban drogado, borracho, pero llegaba a la casa y les traía algo; ellas se alegraban al verme, desde chiquitas. “Papi, papi”,



me decían felices. Siempre ha sido así, desde chiquitas. Hasta eso que me quieren mucho. Mucho me quieren mis niñas. No viven conmigo, pero todo el tiempo van a la casa a verme; me llevan un taco o me disparan una cerveza, una soda.

Conclusiones

En este capítulo, el mundo de vida de los UDIS en Mexicali es interpretado a partir del marco del análisis de redes sociales. Para este enfoque resulta particularmente útil centrar la atención en las relaciones e interacciones que establecen los sujetos. Esto significa que hay una gran necesidad de desentrañar los tipos de vínculos que se establecen entre los usuarios de drogas inyectables y retratar los mecanismos de afiliación y aislamiento que caracterizan a estas redes.

Desde esta particular mirada, las redes sociales de los UDIS son caracterizadas en este capítulo por el establecimiento de relaciones poco significativas, funcionales y centradas en el intercambio de favores. Sobre los mecanismos de afiliación, en este capítulo se expone la forma en que los particulares usos del cuerpo y las marcas corporales constituyen el límite que distingue y unifica a los UDIS de la ciudad.

Finalmente, es importante señalar que los elementos que aparecen de manera central al indagar la estructura y dinámica de las redes sociales de los UDIS son, sin duda, el estigma y la discriminación que los afectan. Por ello, son excluidos socialmente, obligados a conformar redes aisladas y densas, que llegan a convertirse en los únicos espacios sociales a los que tienen acceso. Esto se observará al detalle en el siguiente capítulo.



Capítulo 3. Los espacios de exclusión

Aunque podrían creerse superadas las visiones hobbesianas y darwinistas de la vida social, aún persisten quienes consideran que no todos tienen los mismos derechos. Que hay calidades de personas y que existen seres humanos de los que se puede prescindir. Desde estas posturas, los UDIS, al vivir la vida en función de la sustancia, se encuentran en los límites o fuera del deber ser y, por lo tanto, pierden su lugar en la ciudad y son exiliados o excluidos.

En este sentido, en el presente capítulo se indaga a través de los relatos de los informantes y del trabajo etnográfico, de la génesis y de las manifestaciones palpables de la exclusión. El primer apartado se detiene en la forma más objetiva de discriminación: la laboral. Los siguientes apartados describen de manera específica los territorios diferenciados y separados de la ciudad en los que son ubicados los UDIS. Se trata de los espacios conocidos como “tienditas”, “picaderos” y “centros de rehabilitación”.

Delitos y prostitución. Estrategias de supervivencia

Tener un “trabajo” es mucho más que desempeñar unas tareas y recibir un sueldo por ello. Los diferentes tratamientos teóricos respecto de las identidades señalan que, además de la identidad de género y de la familia, las ocupaciones juegan un papel fundamental en la definición del yo, de la autoimagen y de la autoestima. Para los demás, tener un trabajo es “ser alguien”.



Tener un trabajo es ocupar un lugar en la sociedad. Sólo entendiendo esto se puede ubicar el impacto de la exclusión laboral en la autopercepción de los UDIS.

En este sentido, todo lo señalado en los capítulos precedentes permite integrar la génesis social de la exclusión de los UDIS en la ciudad de Mexicali. Hasta ahora se ha puesto especial énfasis en el estigma que se construye alrededor del consumidor de drogas, especialmente de los usuarios de drogas inyectables. Se ha observado que, a raíz de la imagen negativa de los UDIS, proyectada por medio de un enfoque jurídico represivo, se termina por criminalizar y estigmatizar a este colectivo.

Sin embargo, si a esta representación de los UDIS como viciosos y criminales se le agrega la representación de enfermos en condición de discapacidad, se puede entender esta conjunción de visiones como la mezcla ideal para garantizar la marginación laboral de estos sujetos. Ya en los capítulos anteriores se exploró la forma en que se construyen arbitrariamente percepciones estereotipadas del mundo de vida de estos actores. El conjunto de características negativas que se les atribuyen a los UDIS aparecen como una definición esencial y totalizadora que los atrapa.

Si el propio consumo o adicción deteriora el conjunto de relaciones familiares, de amistad, con conocidos o vecinos, los espacios socioculturales se constriñen aún más a cuenta del estigma social. Los procesos de exclusión social que se generan, a partir de dicho estigma, definen un nuevo estilo de vida. En él se observa la paradójica circunstancia de quienes difícilmente pueden construir proyectos de vida diferentes a la búsqueda compulsiva de la sustancia, pero al mismo tiempo observan cómo se cierran los canales y espacios sociales que les permitirían acceder al dinero que les garantizaría su dosis. Sin opciones laborales visibles, las estrategias de supervivencia que les queda a estos sujetos son la delincuencia y la prostitución.



Engordar la vena

Esto lo señala *El Cuate* con las siguientes palabras:

¿Quiere que hable con la verdad o le diga mentiras? Yo me dedico a delinquir nomás. Mira, vivimos en una casa abandonada como cinco muchachos. Nos levantamos, y si alguien trae para curarnos, nos curamos. Si no, venimos aquí y aseguramos un carro, o ya de pérdida un estéreo o algo. Nos lo robamos, lo vendemos, y vamos y nos picamos. Si no, nos la llevamos ahí afuera del hotel, cuando entran los clientes con las muchachas, que ya conocemos. Les cuidamos el carro y nos dan una propina, y así vamos juntando para la dosis, y eso es lo que hacemos casi todo el día. Pero yo, la verdad, no quisiera andar robando, porque ya he estado tres veces en la cárcel. No robo porque me guste; es que no le hallo por dónde.

De manera similar, Francisco afirma:

Es que yo no veía más opción que robar; por eso estuve en el Cereso. Estaba muy mal, con las *malillas*, y por eso no podía estar en un trabajo y mantener la rutina. Entonces, salía desesperado y lo que se atravesara. Me la aventaba y me iba a robar. Prefería robar, que prostituirme; sí llegaban batos y me decían que me animara. Pero yo te estoy hablando con la verdad: no tuve sexo con nadie por dinero. Sí me han dicho, pero no me han agarrado malilla. Tal vez si me agarran malilla, sí. Hubo un tiempo en que sí anduve bien mal. Andaba arrastrando la cobija en la calle y no venía para la casa. Me la llevaba metido en los tambos de basura; llegué a comer de los tambos de basura, juntando botes. Ya después la miraba negra, y fue cuando empecé a robar y a robar. Y ya tenía varias demandas de robo con violencia. Hasta que me agarraron. Ahorita no salgo, no levanto yo dinero. Me quedo aquí encerrado. Llegan los plebes y me hacen el paro. Me dan 20, 30 pesos, y ahí completo. Pero eso, de que ande consiguiendo yo la droga ahora, no. Aquí me quedo encerrado, porque estoy firmando y por cualquier cosita que agarre se agrandan mis problemas. Por lo mismo, mejor me la llevo calmado.

Mantener el consumo de drogas inyectables es costoso. Esto lo señala abiertamente *El Meño*:



Imagínate cuánto invertía en mi adicción. Gastaba mucha feria. Si no era de lo que me robaba en la calle, o metiéndome a alguna casa, ¿cómo iba a evitar las *malillas*? De una manera u otra, yo conseguía para mi droga. Incluso llegué a robar a mi propia familia. Llegaban mis hermanos del otro lado, y les pedía, echando mentiras y la chingada. Como te digo, llegué a robar a mi familia y a amigos. Cuando estás bien malilla, bien enganchado, no importa nada.

De manera similar, Adriana señala: “Estuve en la cárcel casi cinco años por robo. Pero uno aprende de los golpes de la vida. Y mi gran error fue todas las veces que me fui a robar para conseguir la droga”. En el caso de *El Chino*, confiesa: “Yo he estado en prisión seis veces. En total, he estado como siete años en la cárcel. Siempre por robo”.

Armando es mucho más específico a la hora de narrar sus estrategias de supervivencia:

El adicto es muy astuto. Si se trata de la dosis, mira, como sea, la consigues porque la consigues. En mi caso, ya luego en los momentos difíciles, cuando ya no tenía trabajo, me ponía a barrer calles ahí en mi colonia. Me ponía a talonear. Nunca me gustó andar pidiendo. Prefería hacer cualquier cosa para agarrar unos pesos. Con los vecinos, les limpiaba la calle o les lavaba su carro, y así conseguía para la droga. Luego ahí, en el barrio, me ponía a robar de cuatro a cinco de la mañana. Ése era mi horario de “Roberto”. Tanques de gas, cidís, dividís, bicicletas, lo que se me ponía en la vista, me lo traía. Luego, de la misma desesperación que traía, ya no hallaba ni qué robarme. Escobas, recogedores, cosas que antes de consumir no me imaginaba que iba a robar. Fíjate, mas sin embargo, lo hice ya cuando estaba prendido. Lo que nunca hice fue prostituirme; algunos si hacen hasta eso. Sea como sea, robando o quemando a gente, conseguía para la droga, pero nunca me prostituí.

Además de los robos, otro de los delitos en los que suelen incurrir los UDIS es en el comercio al menudeo de drogas ilegales. Es el caso de Rosita:



Un día estábamos platicando. Estaba mi mamá, un amigo de ella y yo, así en la mesa. Y de repente salió la plática de que él surtía droga y que si no quería trabajarle. Me propuso que empapelara la droga y que la vendiera. O sea, él me la iba a dar a un precio y ya lo que quedara de la ganancia iba a quedar para mí. Ponle que él me daba cinco gramos a 300, entonces yo sacaba lo que era lo de él, y el resto para mí. Entonces sí, me fui familiarizando con eso, a trabajarlo. Pero estuve en prisión por eso mismo.

Gerardo también comenta: “Yo fui conducto de muerte. Me relacioné con gente que venía del sur, y empecé a hacer mi tontería de vender drogas. Las vendí durante mucho tiempo, pero caí en el Cereso”.

Otro de los espacios en los que a falta de trabajo se puede conseguir dinero es en la prostitución. Al respecto, existe la creencia de que es un espacio privilegiado para las mujeres y que, por lo tanto, para ellas resulta más fácil talonear y conseguir la droga. Por lo menos esto es señalado por Adriana, cuando afirma: “Las mujeres tienen manera más fácil de agarrar dinero. Muchas de las adictas a la *chiva*, para conseguir la dosis, trabajan en el comercio sexual o tienen algún compañero o amigo que les sostiene el vicio, o tienen amigos que las invitan. Los hombres no”.

Santiago coincide con el argumento de Adriana, y señala:

Los hombres también pueden prostituirse. Pero la verdad, las mujeres tienen más facilidad de agarrar la dosis que el hombre. ¿Sí me entiendes? Porque los hombres andan ganosos por una mujer y de volada. A mi pareja siempre vienen a buscarla hombres. Les digo: “¡Cálmense!” Como es adicta, piensan que es prostituta. “No es prostituta”, les digo. “¡Túmbense el rollo! Ella no es así.” Muchas de las veces que la mando al picadero piensan que la mando para que se prostituya, y no, yo no soy así. Nunca la he mandado a prostituirse ni nada.

De las mujeres entrevistadas, todas, excepto Isabel, la pareja de Santiago, o intercambian o han intercambiado alguna vez sexo



por dinero o drogas. Rosita afirma sencillamente: “Yo trabajo de sexoservidora”. Adriana señala: “Yo he intercambiado sexo por dinero varias veces”. Y Carmen comenta: “Para conseguir la feria, me prostituyo; yo no conozco un trabajo honrado”.

Al respecto, Isabel comenta:

He tenido que ponerme a pedir dinero para conseguir para comprar la dosis y el *cuete*. Pero fijate que, gracias a Dios, no he tenido que andar haciendo lo que otras mujeres hacen para conseguir la dosis: andar vendiendo su cuerpo. Yo, gracias a Dios, no he tenido necesidad de llegar a eso. Pero conozco a las mujeres que usan lo mismo que yo, y casi todas con eso sacan para drogarse. Y no lo digo porque me las dé de muy acá o que las juzgue por eso. Es muy su vida y ellas saben lo que hacen. Pero yo, gracias a Dios, no, porque mi esposo me la ha dado todo el tiempo. Él trabaja aquí, en el taller, y ahí le dan dinero. Y de lo que consigue es para los dos. Él me ha dicho que nunca dejará de darme, porque no quiere que me vaya a la calle a conseguir.

Pero tal y como lo comentaba Santiago, la prostitución no es un espacio exclusivamente femenino. Cuando se les preguntó a los informantes sobre el intercambio sexual por dinero, las respuestas fueron variadas. Por ejemplo, *El Cuete* afirmó, sorprendido:

¿Mande? ¿Que si he intercambiado sexo por dinero para curarme? ¿Cómo? ¿Que si me he metido con homosexuales o algo? No, no, no, no. Yo sé que es común, porque las *malillas* de la heroína son gachas, pues. Están bien cabronas. Ni a mi peor enemigo le deseo una *malilla* de éstas, de las que yo en veces siento. Es algo feo, pues, algo que nomás no sé..., la neta, no sé qué onda; pero, pues, por evitar las *malillas* es común que se llegue a intercambiar sexo por dinero. Pero yo no, no me ha tocado. No me han agarrado *malilla*.

Pero Santiago y *El Negro* sí afirmaron haber tenido experiencias de este tipo. Aunque la experiencia de intercambiar



sexo por dinero ha sido asumida de manera diferente. En el caso de *El Negro*, afirma sin mayor problema: “Un chingo de veces he intercambiado sexo por dinero para curarme. A veces con hombres, a veces con mujeres. Siempre lo he hecho curado. Siempre bajo el efecto de las drogas, ya sea de *crystal*, de *ice* o de la heroína”.

Por el contrario, en el discurso de Santiago estas experiencias aparecen como eventos traumáticos. Señala:

Pero el hombre también se humilla. Se tiene que prostituir. Yo me he prostituido con hombres. Una vez que estaba bien *malilla*, un hombre me dice: “¿Quieres drogarte? ¡Pos ten relaciones conmigo!” “A mí no me gusta estar con hombres”, le dije. “Ésa no es mi *patada*.” “¿Tú quieres drogarte?” “¡No, pos sí!” Usé condón y ahí estoy, con asco. Lo hice, pues, con tal de tener la sustancia. Después de esa vez lo hice cuatro veces más. Pero estoy bien arrepentido de eso, ¿sí me entiendes? Me acuerdo y me da asco. O sea, qué bajo he caído, digo yo. ¡Hasta dónde he llegado por una mendiga sustancia! Andarme revolcando con un hombre, ¡no! O sea, yo lo miro como que es lo peor andar haciendo eso. O sea, ¿qué pasó? ¡Si sé trabajar yo! Gracias a Dios, sé trabajar. Ya me dejé de eso, mejor, y me puse a trabajar para consumir.

Sobre la posibilidad de conseguir y mantener un trabajo legal, a pesar de la dependencia de la droga, Fernando comenta: “Perdí muchos trabajos. La mayoría me decía que era muy buen trabajador. Pero me torcían que consumía y me corrían. Eso me pasó en varios trabajos, y ya luego me dediqué a delinquir. Primero a robar y luego a vender y a traficar con sustancias”.

De manera similar, Adriana comenta: “Por el vicio batallo para trabajar. Ahorita ando vendiendo ropa, en veces cuido carros, lo que vaya saliendo. Pero no quiero andar delinquiendo”.

El Chino trabaja en lo que él llama “oficios varios”. Básicamente, se dedica a cuidar carros, a lavar carros, a limpiar vidrios, y en algunas ocasiones a vender cosas en la calle. Él reconoce que



“así, con la malilla, me voy a trabajar, para sacar mi dinero, pues, y no le hace, mientras trabajo, en horas de trabajo, me inyecto para poder funcionar”. *El Negro*, según sus propias palabras: “Trabajo en una escuela, como conserje; o sea, soy eventual, no tengo base. Trabajo de 8:00 am a 12:00 am. Hay veces que hasta las 6:00 de la tarde”. Y Santiago, dedicado a la mecánica automotriz, afirma: “Trabajo! O sea, gracias a Dios, no me gusta robar; la neta, nunca me ha gustado eso de andar robando; gracias a Dios, me ha gustado todo el tiempo trabajar. Todo el tiempo trabajo, trabajo, pero para el vicio nomás”.

Estos casos, en los que se demuestra que sí es posible trabajar a pesar de la dependencia de las drogas, señalan un posible camino para solucionar el grave problema que, con respecto a las adicciones, se vive en la ciudad de Mexicali. Si bien es cierto que para conseguir y mantener un trabajo se necesitan ciertas habilidades sociales y la capacidad de seguir ciertas rutinas, características que se ven afectadas por la dependencia de las drogas, ser UDI no debe significar la exclusión del mundo laboral.

Considerar a estos actores en su calidad de ciudadanos y generar los mecanismos de inclusión que les permitan el acceso normalizado al mundo laboral deben ser los pilares de cualquier iniciativa que pretenda combatir el problema de salud y seguridad pública asociado a las adicciones. Porque, mientras las únicas opciones y espacios sociales para los UDIS sean las cárceles y los centros de rehabilitación, la delincuencia y el comercio sexual seguirán erigiéndose como las únicas estrategias de supervivencia viables para estas redes.

En el siguiente fragmento del testimonio de Magdalena se aprecia, con especial nitidez, la urgencia de empezar a integrar estrategias en las propuestas de intervención que reconozcan el consumo:

Con la *chiva* he robado hasta a las viejitas que andan por la calle. Con la *chiva* haces muchas cosas. Hasta llegué a prostituirme. Aunque no era mi *patada* prostituirme. Sólo cuando



no había más. He estado en la cárcel; tengo 14 internaciones al Cereso (risas). Es mi otra casa. He estado en un centro de rehabilitación hasta cuatro años. Yo estoy enterada de pláticas de superación personal, sé de la palabra de Dios, estoy bien enterada de todo. Pero... no sé, no puedo vivir sin las drogas, no concibo la vida sin las drogas.

Yongos, picaderos y tienditas

Gran parte de los habitantes de Mexicali conocen el significado de las palabras “yongos”, “tienditas” y “picaderos” e identifican claramente que son establecimientos asociados al comercio y consumo de drogas ilegales. Si se tiene en cuenta el carácter estructural y estructurante del lenguaje, se puede inferir que designar como “tienditas” a los lugares de venta clandestina de drogas ilegales expresa la cotidianidad del evento. Por su parte, los “picaderos” hacen referencia a lugares en los que se puede asistir a consumir drogas ilegales, generalmente drogas inyectables, y los “yongos” son conocidos como espacios, generalmente casas abandonadas en colonias y fraccionamientos marginados, en los que viven por un tiempo un grupo de UDIS. Los “yongos” funcionan sólo hasta que la denuncia ciudadana, incentivada bajo el lema de “ponle dedo al picadero”, surta su efecto y genere las referidas redadas.

Las “tienditas”, los “picaderos” y los “yongos”, por lo general, son espacios inhóspitos, clandestinos y riesgosos. En el siguiente comentario de *El Cuate* se describe levemente este tipo de lugares.

¿Nunca has ido a un picadero? ¿No tienes curiosidad por conocerlo? Si quieres, yo te puedo llevar, para que mires. Si quieres, puedes llevar la cámara para filmar o algo, o hacer un documental; yo te puedo ayudar, si quieres hacerlo. El picadero, vamos a decir que es un lugar, un lote baldío lleno de basura, donde se reúnen





Los espacios de exclusión

varias personas a drogarse. Otros picaderos son casas abandonadas donde se reúnen varios para consumir. En el picadero al que te puedo llevar, si quieres, no venden la droga, sólo van a picarse ahí. No hay nadie que lo dirija o que sea el dueño. Es la ley del más fuerte.

Adriana señala lo siguiente: “No, nunca me ha gustado ir a los picaderos. Ahí llega mucho la policía, te agarran y te detienen. Aparte, hay muchas enfermedades ahí. Casi siempre, cuando entras a un picadero, está todo lleno de cosas. Se hacen del baño, se orinan, se vomitan. Todo eso tú lo respiras y es malo”.

Y de manera similar, Rosita aclara:

Nunca me ha gustado ir a los picaderos. Soy bien miedosa. Por lo mismo, por los *placas*, los patrulleros. Ellos están tras los picaderos y los *yongos*, pues. Por eso yo no estoy impuesta a nunca andar en picaderos. ¡Ay, me da miedo! Como no estoy impuesta a andarme ahí de correr para allá y para acá. Todo el tiempo en mi casa, en mi casa. ¡Más seguro! Ni modo que vayan a llegar ahí los *placas*.

Pero la reticencia a ir a estos espacios no es exclusiva de las mujeres. Especialmente, después de la mencionada campaña de promoción de la denuncia pública de picaderos y tienditas, la persecución de estos actores en dichos espacios se incrementó notablemente.

El Chino afirma:

Yo ahora mejor me curo en mi casa. Han sido contadas las veces que he ido a picaderos últimamente. Ya no se puede. Ya no me gusta, porque ya los picaderos están muy “quemados”. Si llega la *placa* y si mira a alguien, ¡nombre!, pos para arriba, te levantan, y de que te quedas allá, te quedas en la comandancia. Además, no me gustan porque hay mucho cochinerero. Hay mucha, mucha infección, ¿me entiendes? Pues no sabes qué pueda pasar, qué puedas agarrar de ahí, pues. Yo soy una de las personas que me gusta la limpieza. Y es por eso que casi no me gusta ir a los picaderos.





En el mismo sentido, Santiago reconoce:

Pocas veces voy a los picaderos. Antes sí me la mantenía en picaderos. Pero ahora hay más problemas. Por una parte, porque las patrullas te levantan. No te puede mirar la policía caminando en la calle porque te levanta. Están en el Operativo Anti-*tecató*, así le llaman ellos. O sea, [a] todos los que toman drogas se los lleva la patrulla y los levanta. La otra vez estábamos sentados aquí, y nos querían llevar de aquí, así como estamos tú y yo. Llegó la patrulla: “¡A ver, ¿qué están haciendo aquí? ¡A ver, párate, sácate todo lo que traes!” y me esculcaron y todo. En la *conecta*, donde compro la *chiva*, ahí es también un picadero. Si ahorita llego ahí, está invadido de *tecatos*. Pero tampoco puedo llegar a curarme ahí, porque todos quieren, ¿sí me entiendes? Te quitan gotas, o si no les das, te la quieren arrebatar. Tengo que llegar, comprarla y venirme. No hacerla ahí. Porque si la hago ahí, me dicen. “Dame poquita”, y si no les das son capaces de pateártela y empiezan las controversias y nos agarramos a golpes y todo eso. O sea, si yo te llevara ahorita ahí, entramos y de volada te iban a querer quitar el reloj, te iban a arrebatar el celular o x cosa, por tratar de venderlo para conseguir más droga. O si traes dinero, te lo iban a querer quitar, y así. O sea, te iba a llevar como quien dice a un nido de ratas, porque son como ratas, nomás esperando a ver quién llega. Agarrarlo y quitárselo, pues. Cuando yo llego ahí, nomás llego, la compro y me vengo, y me piden y no les doy. En veces que tengo dinero, sí les doy 5 o 10 pesos. ¡Sobres, pa’ que la vayan haciendo! Pero es muy raro.

En todos estos relatos de los informantes los espacios sociales que habitan –picaderos, tienditas y *yongos*– aparecen como espacios donde reina el conflicto y la desconfianza. Lugares marginados geográfica y simbólicamente. Tal parece que allí el mundo de las normas sociales no existe y la única ley, como lo dice uno de los informantes, es la del más fuerte. Sin embargo, en las observaciones realizadas en el marco de este trabajo tuve la oportunidad de asistir a tres espacios, designados socialmente como “picaderos”, que se salían de la norma.





Los espacios de exclusión

Durante la exploración, asistí a picaderos en los que no pude permanecer para realizar la observación. La actitud hostil de los habitantes y las condiciones sanitarias de estos espacios no me lo permitieron. Me sentí insegura. Era claro que mi presencia causaba molestia y encono. Sin embargo, asistí a tres lugares muy particulares en los que pude realizar la observación tranquilamente. Los tres estaban sorprendentemente limpios. Estaban coordinados o manejados por un líder, generalmente el vendedor de las sustancias, quien se encargaba de mantener el orden, la limpieza y de seleccionar a quienes podían o no ingresar a consumir o estar durante días. Particularmente, se debe resaltar el caso de un picadero donde todo estaba dispuesto con una estética especial. Todas las paredes estaban repletas de dibujos y cuadros realizados por uno de los UDIS que habitaba el lugar. Imágenes que hacían alusión a sensaciones y vivencias asociadas al consumo. Los sujetos entraban y salían de forma natural. Reinaba el orden y la aparente armonía y camaradería entre quienes allí se reunían para consumir. Para la pareja que “administraba” el lugar no se trataba de una “tiendita” o un “picadero”, como señalaban sus vecinos. Para ellos, simplemente, era su hogar. Un hogar con las puertas abiertas para sus redes directas.

Armando narra un contexto similar:

En mi casa siempre tenía amigos, amistades, conocidos. Todos también consumían. En mi casa nunca he estado solo. Incluso, para los vecinos, donde yo vivo es un picadero; para la sociedad, eso es un picadero. Pero yo no lo tenía como picadero; era mi hogar, mi casa. Yo lo tenía todo el tiempo limpiecito. Se le hacía raro a las amistades que yo tenía que estuviera limpio a pesar de que yo fuera *tecato*. Pero a mí me ha gustado siempre la limpieza. Eso lo aprendí de mis padres. En mi hogar llegaban mis amistades para consumir. “Rolábamos” el cacharro y muchas veces los *cuetes* también. A veces llevaban unos sus *erres* nuevecitas; se picaban ellos, pero luego las convertíamos en colectivas. A veces, *erres* que se tapaban. Como no teníamos, las destapábamos





y con ésas nos picábamos todos. En mi casa, diario había unas 15 o 20 personas. No eran siempre los mismos. Venían de otras colonias, porque sabían que la *chiva* en el barrio estaba buena y venían a que yo los conectara. La verdad, durante un tiempo estuve vendiendo *ice* y *chiva*. Pero entonces iba mucha gente todo el día y toda la madrugada. Se calentó con los *placas* y judiciales, y tuve que parar.

Finalmente, es pertinente recordar un aspecto que se señaló en el primer capítulo, relacionado con las nuevas y cómodas formas del conecte: el servicio exprés. Si bien durante un tiempo los picaderos cumplieron su función al ofrecer un lugar “seguro para el viaje”, las continuas redadas y la persecución policiaca han desinhibido su convocatoria. El siguiente relato de *El Negro* resulta paradigmático:

Por lo regular, ahora llamo por teléfono. No me gusta ir a los picaderos, por la policía. Porque los *placas* están esperando a que salga uno. Cuando caí a la cárcel, fue por eso; me aventé un tiempo en la cárcel inocentemente. Sólo porque me hallaron en un picadero. Aunque no me encontraron nada, decían que yo vendía drogas ahí.

Es de suponerse que las redes de apoyo que se tejían antiguamente en los picaderos se han visto afectadas y desinhibidas ahora que el temor de asistir ha obligado a los UDIS a volverse a replegar a los espacios privados y a privilegiar el consumo solitario. Sin duda, este hecho aumenta la vulnerabilidad de los usuarios, ya que consumiendo individualmente se quedan sin la asistencia de los pares en caso de las frecuentes sobredosis.

En muchas ciudades es común observar que la presión legal y la acción de las autoridades obligan a la oferta al menudeo de drogas ilegales a replegarse y a ubicarse únicamente en ciertas zonas, generalmente caracterizadas por la pobreza y la marginalidad. Sin embargo, en el caso de Mexicali los consumidores no tienen la necesidad de trasladarse a diferentes puntos de la



ciudad. En ella, los puntos de venta y distribución de drogas se esparcen a lo largo y ancho del territorio urbano. En otras palabras, el servicio a domicilio de venta de drogas ilegales no ha implicado una reubicación de los espacios para el comercio minoritario de drogas ilegales.

En datos proporcionados por la Secretaría de Seguridad Pública del estado se estima la existencia de por lo menos una “tiendita” por cada colonia o fraccionamiento. Igualmente, la información obtenida en la investigación “Caracterización del Adicto de Baja California”¹ señala que más del 80 por ciento de los entrevistados afirmaron conseguir las drogas en su misma colonia. Estos datos establecen que en Mexicali la oferta de drogas se distribuye por toda la ciudad.

En otras palabras, la existencia de establecimientos como las tienditas y los picaderos demuestra que en esta ciudad el negocio al menudeo de las drogas ilegales no se concentra en ciertas zonas sino que, siguiendo al consumidor, se distribuye en casi todas las colonias. Por ello se puede afirmar que la localización intraurbana de estos establecimientos de venta de drogas al menudeo responde a los mismos factores que, según los economistas, explican la localización de cualquier comercio minoritario.

Desde un punto de vista económico, los consumidores de drogas, al igual que los consumidores de cualquier otro bien, desean reducir los riesgos ocasionados por el desplazamiento para ir de compras. En este caso específico, el hecho de desplazarse para adquirir las drogas implica un costo adicional para el consumidor: el peligro latente de ser detenido en su recorrido en posesión de una sustancia ilegal.

Al ubicarse prácticamente en todas las colonias, el comercio minoritario de drogas ilegales en la ciudad aumenta sus ganancias y los consumidores disminuyen los riesgos asociados al portar estas sustancias. Sin embargo, a pesar del lucrativo negocio que se tiene con estas actividades, estos espacios, que se le asignan a los UDIS de la ciudad como los únicos espacios

¹ Pablo González Reyes, 2006.



que puede habitar, se caracterizan por el riesgo, la marginación y la exclusión.

Los centros de rehabilitación

Mucho se dice sobre los centros de rehabilitación que funcionan en la ciudad; sin embargo, es poco lo que se sabe de ellos. En la última década, los habitantes de la ciudad han visto surgir numerosos centros que ofrecen el servicio de tratamiento a las adicciones. Los hay de diferentes precios y modalidades. Algunos se caracterizan por sus inclinaciones religiosas, otros son propuestas laicas centradas en el apoyo adicto-adicto, y existen algunos más que están preocupados por la profesionalización del servicio que prestan.

En los medios de comunicación la información que circula sobre estos espacios es difusa y dispersa. Las noticias sobre suicidios o muertes en condiciones extrañas en los centros de rehabilitación contrastan con las notas que denuncian la falta de apoyo de los gobiernos estatal y municipal y la evidente desatención de estas instancias al problema de las adicciones. Las noticias sobre el maltrato del que son objeto los adictos en estos lugares contrastan con las que resaltan el importante servicio que los centros de rehabilitación prestan a los adictos y a la comunidad.

De la misma manera, la información que circula sobre los centros de rehabilitación en las mismas redes de UDIS es difusa y dispersa. Aunque la mayoría de los entrevistados han estado al menos una vez en un centro de éstos, las formas en que reconstruyen su experiencia difieren entre sí. Para algunos, los centros de rehabilitación son percibidos como la única salida posible a su problema de adicción, mientras que para otros sólo son un escenario en el que se hacen palpables el estigma y la exclusión. Estos múltiples sentidos son expuestos en las narrativas que se presentan a continuación.



Los espacios de exclusión

Para empezar, uno de los principales temas a debatir en cualquier política pública de atención al problema de las adicciones es la urgente profesionalización de las alternativas de prevención y terapia. Mientras que en el discurso de algunos directores de los centros de rehabilitación que operan en la ciudad se resalta la importancia de la atención adicto a adicto, en el de otros empieza a ser cada vez más necesario involucrar el conocimiento experto y formal en el tratamiento que se ofrece.

Por ejemplo, para Juan la experiencia en los centros ha sido positiva precisamente por la interacción entre pares.

En los centros de rehabilitación donde he estado el programa de ayuda es de adicto a adicto. Apenas así se comprende. Imagínate cómo va a ayudar una persona normal que no ha usado drogas, que no sabe lo que es una *malilla*; si no sabe lo que es humillarse, arrastrarse a través de la sustancia, ¿cómo le va poder dar ayuda a otra persona que sí usó drogas? No puede ofrecerle ayuda porque la persona no ha pasado el proceso ese. No sabe nada de eso. [Tendrá] Una noción nada más de lo que es una sustancia, lo que hace la cocaína, marihuana, tóxicos, psicotrópicos; pero no sabe las razones, lo que se siente. Por eso la ayuda es de adicto a adicto. En los centros de rehabilitación te ayudan adictos que están limpios [desde] hace 10 o 15 años y que se han mantenido limpios.

Como bien señala Juan, la intervención adicto a adicto muestra claros beneficios. Especialmente, estar en contacto con personas que han recorrido el mismo camino y que logran “mantenerse limpios” es un elemento esperanzador para muchos. Sin embargo, en gran medida, la poca eficacia de estos tratamientos radica en el peso de los prejuicios que guían la práctica paraprofesional.

Algunos estudios que analizan las propuestas terapéuticas, al margen del conocimiento profesional, identifican algunas debilidades que deben ser reconocidas por los tomadores de



decisiones. Por lo general, estas propuestas parten de un marco interpretativo constreñido que termina por sobresimplificar el fenómeno de las drogas. Generalizan las causas y las consecuencias de las adicciones y terminan por formular recomendaciones generales para los sujetos. En otras palabras, usualmente se ha observado que el tratamiento paraprofesional de las adicciones crea y mantiene mitos generales que inhiben la oferta de atención individualizada. Los adictos son mentirosos, son mañosos, tienen problemas de autoestima, abusan de sus familiares, son manipuladores, necesitan un trato rudo, sólo buscan ayuda cuando “tocan fondo”, sólo entienden “a la fuerza”. Son algunas de las generalizaciones que se reivindican y que devienen en etiquetas rígidas. El resultado es un conjunto de intervenciones terapéuticas asentadas en el estigma y miopes a las diferencias individuales.

Las propuestas de tratamiento paraprofesional se caracterizan por las intervenciones subjetivas o por la aplicación de técnicas psicoterapéuticas de manera azarosa y ecléctica. Finalmente, una de las debilidades mayormente señaladas a las propuestas de tratamiento paraprofesional de las adicciones está relacionada con la ausencia de sistematización e investigación. Esto significa que no se tienen registros de las acciones realizadas, no se evalúan los logros y los fracasos, y por lo tanto se dificulta la tarea de buscar estrategias de mejoramiento en el tratamiento.

Este panorama resulta especialmente preocupante si se tienen en cuenta las esperanzas que depositan en estos tratamientos los miles de adictos de la ciudad que acceden a ellos voluntariamente. Por ejemplo, Fernando señala lo siguiente:

Antes de venirme para acá me propuse hacer otra vida. Me propuse cambiar de vida. Porque yo no estoy cansado de las drogas. Las drogas me siguen gustando mucho. De lo que yo estoy cansado es de mi vida. De vivir como perro en la calle. Yo sé que en mi casa no se puede. Yo necesito ayuda saliendo de aquí inmediatamente. Yo estoy, ¿cómo te podría decir?, estoy muy dañado moralmente,



Los espacios de exclusión

físicamente y mentalmente. Fueron muchos años de consumo. Yo he estado muerto, tirado, pasado de las drogas. Sin embargo, Dios me levanta. Yo estoy muy agradecido con Dios, y para mí, estar aquí, en este centro, es una oportunidad para recibir la ayuda que necesito.

En la normativa nacional para el tratamiento y control de las adicciones se prevén diversos tipos de intervenciones terapéuticas. Específicamente, en la norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-1999 se señala la existencia del modelo profesional, el de ayuda mutua (adicto a adicto), el modelo mixto y los “modelos alternativos”. Sin embargo, diversas instancias nacionales e internacionales asumen la necesidad de profesionalizar el tratamiento de esta enfermedad como parte de la solución del problema del consumo y adicción a las drogas. Se identifica así que la solución debe ser integral, que debe abordar los aspectos médicos, psicológicos, sociales y culturales que permitan la cura definitiva a la dependencia de las drogas ilegales.

Pero, lamentablemente, esto no significa que el conocimiento científico y profesional tenga el hilo negro para salir definitivamente de las adicciones. Lo cierto es que hasta la fecha los procesos de prevención e intervención terapéutica no arrojan resultados favorables. Por lo menos para el caso del tratamiento de las adicciones, especialmente cuando el consumo es por vía intravenosa, se ha encontrado que su efecto es parcial y que son comunes las recaídas. De hecho, se observa que después del tratamiento es cuando se dan las recaídas; las adicciones llegan a niveles superiores a los inicialmente tratados.

A pesar de esta difícil realidad, se siguen resaltando las virtudes de promover la profesionalización del tratamiento de las adicciones. Finalmente, se señala que sólo a través de la profesionalización y la investigación se podrán identificar acciones exitosas con claros y explícitos lineamientos éticos.



Los elementos éticos resultan centrales en el mundo de vida de los centros de rehabilitación. Estos lugares forman parte de la geografía de la ciudad y aparecen como territorios marginales con sus propias normas. Por lo general, los habitantes no los quieren como vecinos. Los centros más grandes tienden a ubicarse en las periferias. Y aquellos que se establecen en el núcleo de las colonias se marginan de la vida social del “barrio”, intentando pasar lo más desapercibidos posible. Sus arquitecturas cuentan con grandes bardas, que los aíslan del conjunto social. Incluso, la estructura de algunos se asemeja más a una cárcel —con custodios incluidos— que a una institución sanitaria. Así es más fácil existir sin despertar el temor de los vecinos. Tras las bardas se tejen un mundo de interacciones, con reglas propias, que fácilmente pueden escapar de la normatividad social.

En el discurso de los entrevistados aparece de manera recurrente un elemento apenas enunciado en algunos medios de comunicación: el maltrato, como práctica común en los centros de rehabilitación. Rosita es clara al respecto, cuando afirma:

Yo ya no vuelvo a un centro de rehabilitación. A mí no me gusta estar encerrada a fuerzas, y que me manden, tampoco, y que me griten y me maltraten, tampoco. Ya vez que estás ahí, y no hay de otra sino aguantar. Ahí tienes que hacer lo que te digan, ¿sí o no? Si no haces lo que te dicen, te tratan mal. Yo por eso no vuelvo.

De manera similar, Adriana comenta:

Mi experiencia en un centro de rehabilitación no me gustó. ¿Para qué ir allá? Estar impuesta a que nos castiguen, que nos digan muchas groserías, que nos maltraten. Y eso de tanta terapia todo el día, desde la mañana hasta la noche. Todo el día hablándonos nomás ahí puras tontadas. Y te tienes que aguantar a fuerzas.

El Chino coincide al señalar lo que estos sujetos entienden por “maltrato”:



Fíjate que estar en los centros está muy *culero*. No lo digo sólo yo. Me han platicado compas míos que también han estado en los centros, y me dicen que está muy *culero*. Que la parte de higiene, a mí me ha tocado estar en unos [en] que hay cucarachas y muchas moscas. Pero eso no le hace. Lo peor es que psicológicamente te están dañando. A la hora de las reuniones te están rayando el disco. Te están mentando la madre vulgarmente, ¿no? O sea y digo yo: “Chale, ¿pues qué clase de centros son éstos? Supuestamente son para ayudarte, ¿no?” Uno como adicto lo que necesita es una ayuda psicológicamente, pues, y moralmente, pues, ¿verdad? Al menos, en lo personal eso es lo que yo ocupo. No que me traten con vulgaridades.

De estos dos últimos relatos sobresale su visión de las “terapias” o “juntas”. Si bien no se cuenta con estudios que especifiquen el tipo de estrategias terapéuticas que se privilegian en estos lugares, el hecho de que aparezca de manera recurrente en el discurso de los informantes ya prende un foco de alarma y señala la necesidad de indagar al respecto. Se debe recordar que en situaciones de tratamiento terapéutico la vulnerabilidad del sujeto inmerso se maximiza, especialmente en condiciones de encierro.

El siguiente relato de Isabel ilustra el procedimiento general de las “juntas” en el centro en el que estaba:

¡Ay, no! A mí lo que me agobiaba mucho y lo que para mí era un infierno eran el encierro y las juntas. Pero del resto, todo bien. El trato, la comida, el compañerismo, todo eso bien. Nada más que ahí te levantan a las seis de la mañana y a las siete empieza la junta. Es una junta de psicoterapia. En la mañana te levantas de la banca y dices qué piensas, cómo te sientes, cómo amaneciste. Y tratas de motivar a tus compañeras, le puedes dar gracias a Dios. Ésa es la motivación. Se acaba a las nueve y empieza la otra a las 11. Esa junta dura tres horas; termina a las 2. Esa junta es de estudio. Ahí te hacen preguntas y tienes que contestar. Sobre lo mismo. De las drogas y todo eso. Entonces se acaba y empieza la otra a las 4 de la tarde y termina a las 8 de la noche. Ésa es de tribuna.



Así se le llama, “junta de tribuna”. Se trata de que te subas a la tribuna y cuentes a tus compañeras tu vida, cómo te ha ido en el camino de las drogas. Te bajas de la tribuna. Hay un coordinador y es el que te da la ayuda. Cuando te bajas, él te comenta sobre tu experiencia. Te dice así y así y así. Esto está bien y esto está mal. Por esto te ha pasado esto y lo otro. Como te puede dar un aliviane, te puede dar un *baje* también. Te puede ayudar o te puede dar en la madre. Pero, por lo que yo viví, generalmente te da en la madre. Te hace sentir bien gacho. La verdad, yo creo que no debería haber tantas juntas. Si de por sí estás encerrada. A mí, en lo particular, eso es lo que no me gusta, tantas juntas y lo que te hacen sentir.

En el discurso de Isabel no se hace referencia explícita al maltrato; sin embargo, se expresa el malestar asociado. Según sus propias palabras, la retroalimentación que reciben en las “juntas” le “da en la madre”. De este breve relato también se debe señalar la necesidad de explorar el efecto psicológico de este tipo de sesiones. Más aún si se tiene en cuenta la frecuencia con la que son realizadas.

Según algunos estudios, a largo plazo, el “tratamiento denigrante” inflige el mismo tipo de daño mental que el abuso físico. El encierro, la manipulación psicológica, la confrontación emotiva, el aislamiento, la privación del sueño, entre otras situaciones, resultan tan angustiantes como la mayoría de los métodos de tortura física. Incluso, hay quienes proponen incluir este tipo de estrategias y métodos que buscan romper con las resistencias de los usuarios como una clara forma de tortura psicológica. Pero debe quedar claro que con lo expuesto aquí no se pretende afirmar que en los centros de rehabilitación los usuarios son víctimas de un tratamiento denigrante o de algún tipo de tortura psicológica o física. No existen los elementos para poder afirmarlo, y no es el objetivo de este trabajo explorar al respecto.

Lo que queda claro con estos relatos y con las observaciones realizadas es que la marginación y la dinámica aislada de los centros de rehabilitación que operan en la ciudad dificultan el



Los espacios de exclusión

seguimiento de lo que se teje en su interior. En este escenario resulta urgente agudizar los mecanismos de seguimiento y control del cumplimiento de la normatividad vigente.

En otras palabras, aunque el Estado mexicano establece las normas que rigen a este tipo de establecimientos, privilegiando los derechos humanos de los usuarios, queda pendiente la difícil labor de dar seguimiento al desempeño de estos centros.

El Negro comenta:

Yo conozco *tecatos* que se quieren rehabilitar, pero aquí los centros de rehabilitación están bien mal. En algunos ni siquiera te dan un medicamento especial para que te limpies. Yo estuve en uno que sí te daban medicina para quebrar la *malilla*. Pero lo peor es que te tratan de puro vale verga, puro pendejo, que chinga tu madre, puras de ésas. Y deja tú eso. Tooodo el día platican puras babosadas. Nos meten a pláticas y puras estupideces, que “yo di las nalgas por la cura” y que “qué sarra eres”. Puro sentirse culpable. Puras de ésas. Eso no es ayudar a un *tecató*. A mí me gustaría que ustedes, que están estudiando este tema, que en realidad fueran a un centro de éstos y que se encargaran de ver cómo viven. O sea, por decirlo así, para que vean cómo te tratan. Porque en estos centros no te tratan bien, como debe de ser. No te tratan como un ser humano sino como un animal. ¿Qué es lo que pasa? Pues sales con más ganas de ponerle a la pinche droga.

La característica fundamental del maltrato es el uso de la violencia física o psicológica, de forma recurrente, con la finalidad de causar dolor. Generalmente, la finalidad última del maltrato es la modificación del comportamiento. El maltrato emocional, aunque es más sutil y más difícil de identificar, no es menos doloroso. Su característica principal es provocar malestar emocional para reducir o eliminar cierta conducta, cuando se humilla y se degrada a las personas, cuando se generan sentimientos de culpa, de inseguridad, cuando se afecta su autoestima con insultos o apodos desagradables. En todos



estos casos se está frente a una clara tipología de maltrato emocional.

De esto también nos habla *El Cuate* cuando comenta:

Yo he estado en tres centros de rehabilitación, pero me he fugado de los tres centros en los que he estado. En el que más duré fueron 21 días. Ninguna de esas veces fui voluntariamente. Me llevaron grave. Pero ahí nada funciona. Mala comida, mala alimentación, y lo peor, mucho maltrato. Llega uno dolido de las calles para que lo traten mal ahí. Uno se resiente más. En todos los centros en los que estuve me trataron mal. Yo no pido un trato ideal, nada más un trato justo. Que me respeten, pero ahí no. Te la voy a poner así: el liderazgo, en manos de un adicto, es dinamita pura. Los adictos que están en el liderazgo lo tratan a uno mal. Cuando son jefes de guardias, jefes de cocina, abusan del poder.

Este último relato, además de señalar el maltrato, plantea otro dilema ético que se debe debatir en la normatividad relacionada con el funcionamiento de los centros de rehabilitación. Está relacionado con una práctica recurrente en estos centros: el ingreso obligado. Cuando *El Cuate* comenta “Ninguna de esas veces fui voluntariamente”, hace referencia a la posibilidad que tienen estos centros para acudir, “atrapar” e ingresar por la fuerza a usuarios de drogas cuando algún familiar o conocido lo solicita. También hace referencia a la práctica, aparentemente aceptada, de policías que capturan a adictos y consumidores y los llevan a la fuerza a estos centros de rehabilitación.

Francisco también afirma:

Antes de torcer estuve tres veces en un centro de rehabilitación. Pero esas tres veces que he estado me han llevado a huevo. Por decir, estoy aquí acostado y llega la patrulla y me llevan a huevo. A mí no me gusta estar en un centro. Siempre que he entrado a los centros ha sido en contra de mi voluntad. Por eso yo agarro más resentimientos, y cuando salgo está peor la cosa.



Esta práctica es objeto de debate. Principalmente se señala que es anticonstitucional, ya que de hecho se está privando de la libertad a sujetos únicamente bajo el criterio de los directores de los centros.

En mis visitas a estos centros me encontré con dos jóvenes que afirmaban haber consumido ocasionalmente marihuana y haber sido ingresados a la fuerza, sin tener propiamente un problema de adicción. Conocí también a una mujer de 27 años que afirmó estar privada de la libertad, lejos de sus hijos, injustificadamente. Según su relato, de lo único que era culpable era de ser irresponsable y dejar a sus hijos al cuidado de su madre para irse “de *party*”. Su madre, enojada, le comentó a una vecina y ésta le aconsejó que le diera una lección llamando al centro para que llegaran por ella. Ya llevaba dos meses desde entonces, desesperada y sin saber de sus hijos. Al preguntarle al director de estos centros por estos casos, me sorprendí al enterarme de que allí se atendían casos de adicciones y de “personas ingobernables”.

Más allá de lo cierto o no de estos casos, quedan en el aire muchas preguntas sobre los mecanismos para dar seguimiento a las interacciones que se tejen en estos lugares. En la normatividad nacional vigente se expresan claramente los derechos de los usuarios de los servicios que prestan los centros de rehabilitación. Queda claro que se debe asegurar un trato digno y humano durante la estancia en ellos. Entre otras cosas, se señala que los usuarios no deben ser sometidos a restricciones físicas ni a ningún tipo de maltrato. Que no deben ser sujetos de discriminación por su condición de adictos y que deben ser informados de las normas que rigen el establecimiento y el tipo de tratamiento que se les brindará. También se señala que los familiares deben ser informados del ingreso y que se les debe garantizar la comunicación con el exterior. Sin embargo, al revisar la norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-1999), no se observa que se prohíba explícitamente el ingreso a la fuerza.



Entonces, queda un espacio vacío en la normatividad que puede ser usado según el criterio de las autoridades y los familiares de los adictos. Esto es señalado por *El Negro* con las siguientes palabras:

Ahora también pienso que no está bien que las personas, padres de familia, hermanos o tíos metan a sus parientes a los centros a fuerzas. Para mí, eso tampoco está bien. Uno debe entrar cuando quiere, cuando se cansa, ése es el pedo. Yo no he entrado porque no he querido, porque me gusta la droga y tengo para comprarla. Pero si yo soy vicioso y me ven en la calle, ya me quieren echar al bote los hijos de su chingada madre. Los centros de rehabilitación se convierten en otros botes. Son como cárceles para nosotros. Sólo que ya ni siquiera hace falta el juez, o ser juzgados. Porque así le hacen los *güeyes*. ¿Por qué?, si yo no ando robando, ni le hago daño al vecino, ni nada. Sólo por ser vicioso ya me quieren encerrar. Meterme donde no me vean. Deberían auxiliarnos y no vernos como delincuentes. En eso se deberían de fijar.

Otro de los lineamientos éticos que se le cuestionan a los centros de rehabilitación está relacionado con la supuesta intención de lucro. *El Cuate* señala su opinión abiertamente.

Aquí, la verdad, los centros de rehabilitación están haciendo un negocio atractivo, porque subirme a una tribuna y expresar mi sentir y lo que yo he hecho, eso no me ayuda a mí ni a otras personas a dejar el vicio. Pero sí me han puesto a aguantar el calorón en la calle, recolectando dinero. Le han sacado dinero a mis familiares. Ellos, con la intención de ayudarme, me han mandado ahí y han pagado la cuota. Y ahora más. Porque ahora el gobierno les paga a los centros una cantidad mensual por cada adicto que tienen. Como dicen, un negocio redondo.

Como se señaló, el objetivo de este trabajo no es analizar el funcionamiento de los centros de rehabilitación. Por ello, aquí no se pretende determinar lo pertinente o no de estos cuestiona-



mientos éticos. Lo importante es tener en cuenta los elementos que expresan los UDIS en sus discursos para desentrañar así sus percepciones sobre los espacios sociales a los que tienen acceso. Sin embargo, estos cuestionamientos éticos y el consenso de los informantes, al señalarlos, dibujan un panorama de estudio que debe ser integrado en las políticas públicas que intentan enfrentar el problema.

Francisco señala:

Ando consiguiendo el dinero para irme a un centro, porque me piden dos mil pesos para recibirme. Yo ya he estado tres veces a huevo. Pero ahora sí quiero alivianarme; no hay otra opción. Porque ahí te dan medicina para que no te pegue tanto la *malilla* y te dan pláticas. Tres pláticas diarias. Si te enfermas, te dan medicamentos. O sea, que tienen cosas buenas que sí te ayudan. Pero me voy a tener que ir. Yo digo que con un mes la hago. De regla, en los centros son tres meses. Pero yo lo que quiero es quebrar la *malilla*; ya lo demás me lo aviento yo.

En este breve párrafo queda claro que, más allá de los cuestionamientos que se le puedan plantear al funcionamiento de los centros de rehabilitación que operan en la ciudad, éstos continúan siendo la única alternativa a la que tienen acceso estos sujetos para salir de su adicción; para recuperar su cuerpo y reelaborar su identidad.

Para terminar, en el siguiente relato de Santiago se aprecia todo lo que se viene argumentando en este apartado sobre los centros de rehabilitación.

Mas, sin embargo, la experiencia en los centros de rehabilitación, para mí, ha sido buena. Siempre me dan liderazgo. Incluso, yo fui subdirector de un centro de rehabilitación, y todo me valió gorro. Volví a consumir drogas. O sea, yo sé que no soy nadie. Pero yo nomás llego a un centro de rehabilitación y me abren las puertas, por ser buen elemento. Porque saben que estando yo en el centro acarreo mucha gente. Muchos *tecatos*, compas míos. Nomás me limpio y me los llevo. A puro verbo me los llevo. Les compro una



droga, una dosis, los pongo bien locos, y ¡vámonos! Los meto a los centros. He llenado centros de rehabilitación: 15, 20 personas he llevado en un día. En una semana los lleno de *tecatos* que andan en las calles sufriendo para arriba y para abajo. O sea, yo me he dado cuenta que tengo la capacidad para hacer sentir mal a una persona. Para manipularla, como se dice vulgarmente. Y me dicen que tengo liderazgo para ayudar a los otros. Pero si no me compongo yo, ¿cómo voy a componer a los demás? Primero necesito alivianarme yo para poder alivianar a las demás personas. Cualquiera tira la verdura; para verdura, hay mucha ahí en la frutería. Pero la verdad, sí me gusta el liderazgo que me dan. Cuando estaba internado me enviaban a las calles llevando el mensaje de vida, compartiendo mi experiencia: “Buenas tardes, señora”, les digo. “Vengo representando una institución donde se encuentran albergados niños y mujeres de la calle. El propósito de nuestra visita no es venir a molestarla; sabemos que están ocupadas. Nosotros transmitimos el mensaje y pedimos el apoyo de 10 pesos a través de este producto (paletas o dulces). Ya que no tenemos el apoyo del gobierno, gracias a la buena voluntad de personas como ustedes es como sigue adelante la institución. En el albergue se encuentran 200, 300 niños de la calle, mujeres embarazadas, aquellas personas que no tienen un hogar, rechazados por la sociedad; les damos alimentación, estudios, techo comida, vestimenta y todo.” Yo me sé todo el *speech*.

Por otra parte, al indagar las creencias y percepciones de los informantes con respecto a las posibilidades que les ofrecen los centros de rehabilitación, no pueden dejar de mencionarse las escasas esperanzas de verse libres de adicciones. Por lo general, no consideran que el tratamiento recibido en estos centros llegue a ser exitoso. Por lo que han vivido y por lo que observan en los casos de amigos y conocidos, una vez estando afuera es muy difícil mantenerse limpios.

Por ejemplo, Adriana comenta lo siguiente: “No me gustan los centros. Es que yo digo que cuando uno quiere dejar la droga no es necesario irte a un centro. No es necesario estar encerrada. Yo digo que está en uno. En la fuerza de voluntad para dejarlo. Estás





Los espacios de exclusión

en el centro y estás limpia. Pero sales y llegas a picarte luego, luego”.

En este mismo sentido, *El Chino* afirma:

La verdad, yo pienso y he mirado que mucha gente va y se mete a centros, y pues sí, se avientan el tiempo que se van a aventar y todo eso, pero salen, y salen a lo mismo otra vez. Salen otra vez a curarse. Entonces, pienso y digo yo: “¿Entonces, por qué hicieron que su familia gastara tanto dinero?” Porque ése es dinero tirado a la basura. ¿Sí me entiendes? ¿Por qué tirado a la basura? Porque salen a lo mismo otra vez. Salen a buscar otra vez a las mismas amistades, otra vez; a buscar al *puchador*, al de la *conecta*. Salen otra vez a lo mismo, pues.

A partir de estos relatos se puede ubicar nuevamente la idea de la que se hablaba en capítulos anteriores. La noción de *engordar la vena*. Las pocas esperanzas de estos sujetos, en el tratamiento que se ofrece, colocan a los centros de rehabilitación como lugares para fortalecerse físicamente. Lo que realmente se valora de estos lugares es la asistencia al síndrome de abstinencia que permite suspender el consumo. Al menos temporalmente.

Juan señala este hecho abiertamente:

En los centros de rehabilitación te dan terapia para que dejes las drogas. Te previenen de lo que pasas, cómo te humillas, cómo robas, todo lo que pasa en tu vida por andar drogándote. Te hacen reflexionar en por qué has perdido a tu familia, y todo ese rollo. Pero, la verdad, a los centros de rehabilitación los agarro yo como de rancho de engorda o de hotel. Nomás para ir a descansar, para ir a engordar y salir y otra vez a lo mismo. O sea, que yo entro al centro con toda la noción de que ya quiero dejar de consumir drogas. Pero cuando salgo, no puedo.

Lo mismo sucede con Santiago. Él afirma lo siguiente:

Me he metido cuatro veces a un centro de desintoxicación. Duro los tres meses. Salgo bien. Pero salgo y otra vez. Como dice el





dicho vulgarmente: voy como “cochi a la mierda”. Me meto a inyectarme otra vez. Todas las veces he entrado voluntariamente. Para mí no hay nada malo en los centros; yo soy el que fallo, los centros no. Porque la ayuda ahí está; pero nadie me va a cambiar si yo no pongo de mi parte. Ni la mejor terapéutica del mundo. Si no pongo de mi parte, pues se viene abajo todo.

Al escuchar estos discursos queda claro que, a pesar de los cuestionamientos, los centros de rehabilitación constituyen uno de los pocos espacios sociales a los que pueden acceder estos sujetos, y quizás la única alternativa para recuperarse físicamente e intentar salir de su adicción.

Como bien señala Santiago, lo que falla no son necesariamente los centros. Las pocas esperanzas que tienen estos sujetos para salir de su adicción no se explican exclusivamente por la poca eficacia de los tratamientos que se ofrecen en la ciudad.

Isabel señala:

Fíjate que me metí a un centro. Estuve cinco meses limpia. Pero me volví a partir la madre otra vez. Fíjate que ya que probaste la droga es muy difícil vivir sin usarla. Muchos piensan que porque uno es cabrón o porque le gusta la chingadera; mucha gente no nos comprende. Pero no puedes sobrevivir, porque te lo pide el cuerpo. Aunque ya no tengas *malilla*, pero te entra la ansiedad.

El problema es estructural, y definitivamente, la exclusión social de la que son víctimas estos sujetos forma parte del problema. Para terminar, Armando, un sujeto entrevistado mientras se encuentra internado en un centro de rehabilitación, comenta lo siguiente:

Me vine para acá a internar. Porque ya me sentía mal. Ya sentía que en cualquier día iba a amanecer muerto. Le dije a una sobrina que si me traía para acá se lo iba a agradecer mucho, porque ya me sentía muy mal. No vine a fuerzas, fue voluntario, sentí que lo necesitaba. El miércoles ya se cumplen los tres meses sin consumir y van a venir por mí. Pero allá afuera es otro pedo. Hay que enfrentarse





Los espacios de exclusión

a la sociedad y estar preparado para eso. Porque no es fácil. En el caso mío, se me hace difícil ir a salir en estos momentos como estoy. Tengo nueve años viviendo solo. Me da temor la soledad y verme con los amigos, con los que consumía, que son lo único que tengo. Se me va a venir encima mi familia, mis hermanos, con reproches. Todo eso es el temor que tengo. Pero a lo mejor estoy equivocado. A lo mejor, ya al verme recuperado, no mentalmente, pero físicamente un poquito, reaccionen diferente. Porque para mí tres meses sin consumir es un esfuerzo muy grande. A lo mejor me reciben con una sonrisa, quizá con un beso, a pesar de tanto daño que les hice. ¿Por qué no?

Para concluir este capítulo no hacen falta conclusiones. Las palabras de Armando son contundentes: “Pero allá afuera es otro pedo”. Afuera los espacios se reducen. A cuenta del estigma, la calle, la soledad y la heroína.





Conclusiones

*P*ara nadie es un secreto que la ciudad de Mexicali es un lugar privilegiado en la ruta transnacional de las drogas. En su territorio convergen las rutas que transportan, de sur a norte, drogas ilegales de procedencia natural, como la marihuana, la cocaína y la heroína. Como consecuencia, el acceso a las diferentes drogas es muy amplio y, por algunos periodos, más significativo que en otras zonas del país. En este sentido, se observa cómo la dinámica y el comercio transnacional de las drogas impactan localmente y generan un grave problema de salud y seguridad pública.

Para enfrentar en Mexicali el problema de las drogas ilegales, concretamente el de las adicciones, es necesario conocer a fondo el mundo de vida en el que están inmersos los usuarios de estas drogas. Sólo a partir de un conocimiento detallado del problema que se intenta enfrentar se podrán consolidar estrategias de prevención, atención y tratamiento que recorran todo el espectro de esta problemática.

En este contexto surge el presente trabajo exploratorio, dedicado a desentrañar los discursos y las prácticas que conforman el mundo de vida de los usuarios de drogas inyectables de la ciudad. En los relatos que se exponen en este texto queda claro que el uso de las drogas ilegales no es un problema de sustancias: es un dilema de personas; de sujetos de carne y hueso que quieren vivir, que sueñan y desean una vida diferente; de individuos con trayectorias diferentes que esperan ser reconocidos como ciudadanos, con los mismos derechos que los demás.

Sin embargo, a lo largo de los tres capítulos presentados es patente el estigma que encarcela a los usuarios, que los margina de los diferentes espacios sociales. Se observa la forma en que estos



Conclusiones

sujetos reconocen la discriminación y el olvido del que son objeto. Y particularmente, queda clara la heterogeneidad de las redes de los UDIS de Mexicali. Precisamente, los diversos sentidos que circulan por el mundo de vida de estos sujetos expresan la complejidad del problema y plantean el reto de crear políticas públicas basadas en el conocimiento detallado de sus prácticas y creencias.

De no ser así, lo que está en juego es mucho. Las drogas ilegales aparecen como el chivo expiatorio de la desintegración social. Y si bien en gran parte esta percepción maximiza los atributos de disgregación de los adictos, resulta innegable que el problema de las adicciones es un grave problema de salud pública, correlacionado positivamente con los problemas de seguridad pública. Sin embargo, como se puede ver en el fondo de este trabajo, esta asociación no es gratis. Es, en gran parte, el resultado de la exclusión social. De los pocos o nulos espacios sociales a los que estos sujetos tienen acceso y que terminan por marginarlos, a tal punto que la prostitución, la mendicidad y la delincuencia se convierten en estrategias de supervivencia a las que acceden.

Al observar de cerca este mundo de vida, se problematizan y se ponen en discusión muchas de las estrategias que hasta ahora se han venido implementando en la ciudad con respecto al problema de las adicciones. Especialmente, pueden ser cuestionadas las medidas que criminalizan las adicciones, ya que, como se observó, son parte del problema.

Un ejemplo claro de esto es la criminalización del porte de agujas. Según estos sujetos, aunque no sean encontrados robando o cometiendo algún delito, por el simple hecho de portar una aguja pueden ser llevados a la comandancia. Adicionalmente, sus agujas son incautadas. De esta manera, al criminalizar al adicto, se desconoce las características de su enfermedad. Pero aún más grave, se desconoce la magnitud del problema de salud pública que se está generando con estas medidas. También se desconoce el grave problema del contagio de enfermedades, tan graves como el VIH, entre los usuarios de drogas inyectables.



Esto es señalado por *El Negro* cuando afirma:

¡Qué bárbaro! Los *tecatos* ya casi no vamos a los centros de rehabilitación. Ni a los picaderos. Por lo mismo, porque nos persiguen. Todos andamos afuera. Pero afuera yo nunca oí nada, nunca nos previenen de nada, ni de enfermedades ni de nada. Y qué gacho que a uno no se le prevenga, que a uno no le den información. Qué gacho que el gobierno no le ayude a uno a prevenir los riesgos. Qué gacho que, por el contrario, nos ponen en más riesgo. Porque si nos dieran agujas o nos dejaran andar con ellas, no nos pondríamos en riesgo de más enfermedades. Yo creo que todo *tecato* es consciente de los riesgos que corren al compartir la aguja. Pero, ¿por qué lo hacen? Pues porque no tienen dinero o porque no se las venden. ¿Y qué le orilla a hacer? A usar la misma aguja de todos. Entonces, lo ideal sería que les vendieran la aguja. Y si la policía te encuentra la aguja, que no te la hiciera de pedo. Mira, cuando les pregunto por qué usan la misma aguja, ellos me dicen: “Cómo no voy a usar la misma aguja, si no nos las venden.” Si, por el contrario, nos dieran agujas para curarnos, te aseguro que iba a haber menos hepatítico, menos tuberculoso o sidoso. Si el mismo gobierno o la gente diera las agujas, hubiera menos pedo. Pero están prohibidas las agujas. Por ejemplo, van saliendo de la botica, los detienen y agarran la aguja, la pinche insulina nueva, y de todos modos los llevan al bote. Está mal eso. ¿Nomás para hacer puntos, los cabrones? ¿O qué les beneficia llevarse al bote a un *tecato*? ¿Por qué lo llevan a la cárcel y dejan que dure dos, tres días ahí, con la *malilla*? Eso es una tortura innecesaria. Imagínate, lo agarran por una méndiga aguja, que le costó cinco pesos; lo llevan al bote sin comprobarle ningún delito, y además quieren que dé 450 pesos para pagar la salida. ¿Tú entiendes eso? ¿Y si su familia es pobre? ¿Y si viven al día? ¿Van a ir por él para pagar 500 pesos? Claro que no. Entonces, ¿qué es lo que pasa? El *tecato* sale bien malilla del bote y lo primero es ir a robar o matar, o ve tú a saber. Pero nomás no es ayudarlos, es chingarlos. No es lógico, pero como somos *tecatos*, ¿a quién le importa, verdad? Por eso yo me imagino que un programa de apoyo tiene que ser como te digo: que si te agarra la policía con una pinche aguja, sin cometer ningún delito, que te deje en paz.



Conclusiones

En este mismo sentido, *El Chino* afirma:

Si el gobierno nos quisiera ayudar, lo primero que haría es que en la *conecta* los que venden la droga tuvieran cajas de insulinas. Así, [a] cada cabrón que vaya a comprar una dosis que le dieran una insulina. Eso evitaría que nos pongamos en tanto riesgo de enfermedades. También harían prevención en los *yongos* y picaderos. Pero no para perseguirlos, sino para ayudarlos. Muchos compas míos duermen en *yongos*. Casi la mayoría no son de aquí, y pues viven mal. Con el dinero que agarran podrían rentarse un cuarto y no andar durmiendo en *yongos*, entre el excremento y todo eso, ¿verdad? Yo creo que ocupan una ayuda para que les hagan ver que no tienen que vivir así, que eso no es vida.

Pero hay un elemento central en la mayoría de los casos que aquí se presentan. El señalamiento de que consideran imposible vivir sin las drogas. Aun después de estar limpios y de superar la *malilla*, consideran imposible un escenario en el que vivan limpios de estas sustancias. Quizás es cierto que esto es algo que sólo podrán entender quienes han vivido la intensa experiencia asociada al consumo intravenoso de drogas ilegales. Pero, desde un enfoque sociocultural, las cosas son como son. Y más allá de las categorías de lo que es aceptable o no para la mayoría de la sociedad, lo cierto es que para el grupo minoritario de los UDIs es aceptable la idea de vivir consumiendo drogas ilegales.

Al respecto *El Negro* señala: “Óyelo bien, porque no por ser vicioso ya le estás haciendo un daño a la sociedad. Si la sociedad te diera espacios y te apoyara, podrías salir del vicio o mantenerlo sin tener que delinquir”.

Lo afirman con claridad. Están cansados de su vida. Se sienten encarcelados por la rutina de la búsqueda compulsiva de la droga. Sin embargo, no están seguros de poder vivir sin ellas. Pero, en medio del círculo trágico en el que están inmersos, esperan ser tratados con dignidad. Necesitan un espacio social diferente al de la delincuencia, la prostitución, los *yongos*, los picaderos y los centros de rehabilitación.



Rosita señala esto con claridad:

Yo digo que, si aquí en verdad quisieran ayudarnos, primero nos darían un medicamento para controlar la *malilla* y nos darían empleo. Por ejemplo, un tipo de fábrica en que uno tenga trabajo y nos paguen para no andar robando. Al mismo tiempo, que nos ayuden con el vicio. Porque a muchos no nos dan trabajo por el vicio. Pero si crearan una fábrica en la que podamos trabajar a pesar del vicio, ya no batallábamos. No con tantas terapias y terapias. Así nomás de decir: “Sabes qué, trabajen acá”. Y conforme vayan trabajando, que hicieran como un tipo de Infonavit, y, “¿sabes qué?, al tiempo se les va a dar su casa y van a tener su cuartito y de su sueldo se los vamos a ir descontando”. Una ayuda así del gobierno sí estaría bien. Pero el gobierno ni te ayuda; tienes que andar durmiendo en la calle porque no tienes una casa. No tenemos un trabajo, y así como vamos nunca lo vamos a tener. Pero si ellos pusieran así un tipo de fábrica y aparte un medicamento para poder trabajar y poder andar bien. Ponle el *metadón*, que nos lo dieran y nos pusiéramos a trabajar todo el día. Que nos dieran comida y vitaminas para recuperarnos. Todo eso. Porque muchos no comemos, andamos en la vagancia consiguiendo para el vicio. O comemos o nos pegamos.

En las alternativas que observa Rosita, el acceso al mundo laboral y a la vivienda resultan centrales. En la solución que propone, el mundo laboral no está necesariamente peleado con el consumo de drogas ilegales. En su sueño, la fábrica en la que puede trabajar no sólo le da la posibilidad de empleo: le provee las sustancias que su cuerpo requiere para mantenerse activa. A primera vista puede parecer la ilusión ingenua de quien desconoce el rechazo social al consumo de drogas ilegales; sin embargo, ya se ha establecido una idea similar en algunos países europeos bajo el enfoque conocido como *reducción del daño*.

La intervención y el tratamiento de las adicciones, desde el enfoque de la reducción del daño, parte del hecho de que hay personas que desarrollan comportamientos de riesgo, dañinos



Conclusiones

para su salud y claramente autodestructivos. Lo que diferencia a este modo de ver las cosas es que aquí se entiende que, a pesar de las opciones de tratamiento de las que se disponga, no van a dejar de drogarse; por lo tanto, es importante reducir los riesgos asociados. Por ejemplo, desde esta perspectiva se entiende que, a pesar de lo destructiva de su adicción, los UDIS continuarán consumiendo. Por ello, la intervención debe concentrarse en reducir los riesgos asociados, como la transmisión de las ETS, el contagio de enfermedades por el uso compartido de agujas, las sobredosis, los abscesos causados por la técnica inadecuada de la inyección, la prostitución y la delincuencia, entre otros.

Los programas orientados con este enfoque empezaron a desarrollarse en algunos países de Europa en los años ochenta. Surgieron como una opción ante el fracaso evidente de los programas que fomentaban el abstencionismo y la vida libre de drogas, especialmente con grupos de usuarios de drogas inyectables. Los programas de intercambio de agujas y jeringas, las salas de consumo supervisado, son algunas de las estrategias que se privilegian en este enfoque. Al conocer el mundo de vida, las prácticas y los imaginarios de estos sujetos, queda clara la necesidad de empezar a integrar algunas de estas medidas a las políticas públicas locales.

Por ejemplo, *El Negro* afirma:

Si yo hiciera un centro, sin temor a equivocarme, sí funcionaría. Trataría de llevarles su medicamento para alivianar la *malilla*; los trataría con respeto; les daría información real, no sólo lo malo de las drogas. Les contaría que yo conozco doctores, licenciados, maestros de escuela, de primaria, secundaria, universidad, que son adictos, que le entran a las pingas, [que son] marihuanos y cocos. Pero son personas normales porque se cuidan ellas mismas; no se abandonan. Yo les explicaría que se deben querer a sí mismos y cuidar su imagen. Si cuidan su imagen, no serán catalogados como *tecatos* y podrán mantener el *jale* y su lugar en la sociedad.



En este caso, lo que señala el informante es, una vez más, que el mayor problema no es la sustancia, sino la situación de la persona. La marginación social a la que es sometida una vez que su adicción es evidente. Pero si a partir del conocimiento detallado de este mundo de vida se pueden desvirtuar los discursos que irreflexivamente continúan apostándole exclusivamente a los programas que promueven la “vida libre de drogas”, se podrá reconocer la existencia de sujetos que continuarán consumiendo. Y ante este escenario, la responsabilidad de las autoridades y de la sociedad civil es prevenir el consumo de los nuevos usuarios y velar porque a este grupo minoritario de adictos no se le violenten sus derechos.

Isabel expresa esta idea en pocas palabras:

Quiero que sepas que creo que para las personas que usamos drogas no nos van a servir las campañas de información. A nosotros, ni los centros de rehabilitación, ni los grupos, ni nada de eso, nos han ayudado. Nosotros no podemos vivir sin las drogas. Ya es demasiada la dependencia. Nosotros necesitamos otra ayuda, otro tipo de atención, para mejorar nuestra vida y mantener el vicio sin delinquir, para poder curarnos sin hacer daño a la sociedad. Pero yo creo que para las personas que no usan [drogas], como prevención, yo creo que sí les sirve la información. Que ellos sepan cómo viven los *tecatos*, qué es lo que hacen, cómo sobreviven. Creo que si los jóvenes y los niños supieran cómo vivimos, eso serviría para prevenir que consuman. Porque no somos libres. Ocupamos la sustancia para poder vivir. Y eso está bien gacho.

Finalmente, lo que se debe combatir es el estigma, lo que se debe atender es la discriminación, que reduce los espacios sociales a los que este grupo minoritario accede. Y esto sólo es posible con información detallada sobre el mundo de vida que habitan estos sujetos. Por ello, si después de leer este libro el recorrido por la ciudad ya no es tan desprevenido; si se pueden identificar en los cuerpos de los transeúntes las huellas de la *malilla* y no permanecer indiferentes; si es posible reconocer un *cuerazo*, sin





Conclusiones

sentir miedo y repulsión; si se identifica la complejidad del problema de las drogas y no se ve a estos personajes como simples viciosos sin ocupación; si se conoce la heterogeneidad del grupo, se estará dando un primer paso para combatir el estigma, y este texto habrá cumplido su objetivo.





Bibliografía

- Arana, Xabier, y Rosa del Olmo, *Normas y culturas en la construcción de la “Cuestión Droga”*, Hacer, Barcelona, 1996.
- Arriagada, Irma, y Martín Hopenhayn, *Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina*, CEPAL/Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2000.
- Arza, J., *Las drogas. Princesas y dragones*, Eneida, Madrid, 2002.
- Berger, Peter, y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires, 1968.
- Bourdieu, Pierre, *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*, Taurus, Madrid, 1988.
- , *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, Laia, Barcelona, 1977.
- , *La distinción. Criterios y bases del gusto*, Taurus, México, 2002.
- Comas, Domingo, *El uso de drogas en la juventud*, Instituto de la Juventud, Madrid, 1985.
- Draper Miralles, Ramón, *Yo me drogo, tú te drogas, él se droga...*, Plaza & Janés, Barcelona, 1986.
- Echarren, Coché, *Enganchadas. Ellas nunca dicen no*, Plaza & Janés, Barcelona, 2002.
- Eliás, Norbert, *Conocimiento y poder*, Ediciones la Piqueta, Madrid, 1994.
- Elzo, Javier, *Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas*, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 2000.
- Escohotado, Antonio, *Para una fenomenología de las drogas*, Biblioteca Mondadori, Barcelona, 1992.
- , *Historia de las drogas*, Alianza Editorial, Madrid, 1994a.



Bibliografía

- Escotado, Antonio, *Las drogas. De los orígenes a la prohibición*, Alianza Editorial, Madrid, 1994b.
- Foucault, Michael, *Estrategias de poder*, Paidós, Barcelona, 1999.
- , *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, Madrid, 1990a.
- , *Microfísica del poder*, Siglo XXI, Madrid, 1990b.
- Glaser, B., *Doing Grounded Theory*, Sociology Press, California, 1998.
- Hannerz, Ulf, *Conexiones transnacionales. Cultura, gente, lugares*, Cátedra/Universidad de Valencia, Madrid, 1998.
- Ilundain, E., e I. Markez, “Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas”, *Adicciones*, vol. 17, pp. 287-297, 2005.
- Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.
- McLeod, J., “A Method for Qualitative Narrative. Analysis of Psychotherapy Transcripts”, documento de trabajo, University of Abertays Dundee, Dundee, 2000.
- McNeil, J. R., y William McNeil, *Las redes humanas. Una historia global del mundo*, Crítica, Barcelona, 2002.
- Molina, José Luis, *El análisis de redes sociales. Una introducción*, Bellaterra, Barcelona, 2001.
- Muñoz, J., *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5*, Universitat de Barcelona, Barcelona, 2005.
- Murray, M., “Narrative Psychology”, en J. A. Smith, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, Sage, Londres, 2003.
- Restrepo, Luis Carlos, *La droga en el espejo de la cultura*, UCPI, Bogotá, 1994.
- , *La fruta prohibida*, Editorial Panamericana, Bogotá, 1998.
- Riechmann, Jorge, y Buey Fernández, *Redes que dan libertad. Introducción a los nuevos movimientos sociales*, Paidós, Barcelona, 1999.
- Rodríguez, Josep A., *Análisis estructural y de redes*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Barcelona, 2005.



Engordar la vena

Schnitman, L., *Crack: droga, adicción y cultura*, Catálogo Científico, Bogotá, 1987.

Szasz, T., *Droga y ritual: la persecución ritual de drogas, adictos e inductores*, Fondo de Cultura Económica, México, 1990.

Toolan, M. J., *Narrative. A Critical Linguistic Introduction*, Routledge, Londres, 1994.

Trinidad, Antonio, “Teoría fundamentada”, *Cuadernos Metodológicos*, 37, CIS, 2005.





Este número de los Cuadernos del CIC-Museo se terminó de imprimir en diciembre de 2009 en Prografic, S.A. de C.V., Zaragoza núm. 1945-21, Colonia Nueva, Mexicali, Baja California, México, C.P. 21100. La edición estuvo al cuidado de la Coordinación Editorial de la colección. El tiraje consta de 1 000 ejemplares.

