

**Mujeres que se inyectan drogas en Mexicali, Baja California:  
una mirada desde la autoatención en salud****Women Who Self-Inject Drugs in Mexicali, Baja California:  
A View from Self-Care**

Bianca Vianey Acuña Valverde<sup>1</sup> y María del Carmen Arellano Gálvez<sup>2</sup>

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas y solicitan servicios de reducción de daños a una organización civil en Mexicali, Baja California. Desde un abordaje metodológico cualitativo, se realizó observación participante en 2021 y 10 entrevistas semiestructuradas en 2023. Los resultados evidencian que las mujeres ponen en práctica sus saberes –y otros que han incorporado– para atender sus padecimientos. Una limitación de este estudio se presentó durante el trabajo de campo, debido a la dificultad para acceder a la población analizada. Las conclusiones señalan que la autoatención está vinculada con procesos y condiciones estructurales como el desplazamiento, el estigma y el género, las cuales les obstaculizan al tratar de solicitar atención profesional. La participación de este grupo de mujeres en programas de reducción de daños les ha permitido adoptar prácticas de autoatención en favor de su salud.

*Palabras clave:* 1. drogas inyectables, 2. género, 3. consumo de sustancias, 4. reducción de daños, 5. frontera norte.

## ABSTRACT

The objective is to analyze self-care practices of women who inject drugs and request harm reduction services in an NGO in Mexicali Baja California. Qualitative methodology was used through participant observation in 2021 and 10 semi-structured interviews in 2023. Results show that women put into practice their knowledge—and others that they have incorporated—when attending harm reduction services, to treat their conditions. Some limitations of the study are related to the field work conditions, as it is still difficult to access the analyzed population. Conclusions indicate that self-care is linked to structural processes such as displacement, stigma and gender, which make seeking professional attention difficult. The participation of this group of women in harm reduction programs has allowed them to adopt self-care practices in favor of their health.

*Keywords:* 1. injected drugs, 2. gender, 3. substance use, 4. harm reduction, 5. northern border.

Recepción: 22 de noviembre, 2023

Aceptación: 9 de febrero, 2024

Publicación web: 15 de septiembre, 2024

<sup>1</sup> El Colegio de Sonora, México, [bacuna@colson.edu.mx](mailto:bacuna@colson.edu.mx), <https://orcid.org/0009-0006-2979-3843>

<sup>2</sup> El Colegio de Sonora, México, [marellano@colson.edu.mx](mailto:marellano@colson.edu.mx), <https://orcid.org/0000-0001-9951-6960>



## INTRODUCCIÓN

La frontera norte de México tiene la prevalencia más alta en el consumo de opioides (Fleiz-Bautista *et al.*, 2019) ubicando a Baja California, Chihuahua y Sonora entre los estados con mayor consumo (Comisión Nacional contra las Adicciones [Conadic], 2020), sumado a la reciente presencia del fentanilo (Goodman-Meza *et al.*, 2022). Se considera que la proximidad con Estados Unidos tiene un papel determinante en la dinámica de consumo de estas sustancias (Fleiz-Bautista *et al.*, 2019).

En este contexto fronterizo, el consumo de sustancias inyectables se ha caracterizado por la discriminación hacia las poblaciones consumidoras, que se expresa en condiciones agudas de marginación, desigualdad social, violencia, así como una pobre cobertura de servicios de salud frente al alto riesgo de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o hepatitis C, y limitaciones en el acceso a programas de tratamiento (Fleiz-Bautista *et al.*, 2019). Para las mujeres, estas condiciones se recrudecen doblemente al ser el consumo de opioides una práctica relacionada con la ilegalidad y por contraponerse al *comportamiento femenino* socialmente esperado (Esquivel García *et al.*, 2012).

En este escenario, organizaciones de la sociedad civil han respondido posibilitando el acceso a servicios de salud para personas que se inyectan drogas (en adelante PID), a través de intervenciones de reducción de daños en lugares de alcance comunitario. Estas acciones incluyen jornadas de detección y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) –como el VIH– y hepatitis C, curación de lesiones, intercambio de jeringas y programas de prevención de sobredosis para evitar muertes por esta causa (Goodman-Meza *et al.*, 2022). A estas intervenciones se suma el apoyo para realizar trámites de documentos de identidad, de escolaridad u otros que implican un acompañamiento ante situaciones de violación de derechos humanos (Conadic, 2020).

Este trabajo parte del supuesto que, en contextos caracterizados por el estigma y la exclusión hacia el consumo de sustancias inyectables, las mujeres que acceden a intervenciones de reducción de daños logran desarrollar prácticas de autoatención para atender sus dolencias o padecimientos y tener prácticas de consumo más seguras. En este análisis del cuidado de la salud, se parte de un enfoque sociocultural recuperando la propuesta teórica de Menéndez (2020) sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (en adelante s/e/a-p). Este abordaje desde las ciencias sociales y la salud permite comprender que la forma en que las personas enferman, atienden y cuidan de su salud, se relaciona con sus condiciones socioeconómicas y culturales (Menéndez, 2018). De ahí que este trabajo contribuye a comprender desde un enfoque relacional, las dimensiones micro y macrosociales sobre las formas en que las usuarias de drogas cuidan su salud.

Para cumplir con el objetivo planteado, este artículo está compuesto por cinco apartados: 1) los antecedentes sobre las mujeres que se inyectan drogas; 2) la autoatención como marco conceptual; 3) el acercamiento metodológico; 4) el análisis de los resultados; y 5) las conclusiones.

## MUJERES QUE SE INYECTAN DROGAS

La evidencia muestra que los contextos de vulnerabilidad y exclusión acentúan las condiciones de salud de las mujeres que se inyectan drogas. Los efectos del consumo derivan en consecuencias jurídicas, médicas, económicas y sociales intersectadas por factores como la pobreza y la criminalización (International AIDS Society [IAS], 2019). Por su parte, la asociación mundial Frontline AIDS (2020) documenta que las mujeres, al rebelarse contra las normas de género al no cumplir con su rol de madres y cuidadoras, enfrentan el estigma y experimentan ciertos daños a su salud.

Esta condición de desigualdad puede expresarse en la prevalencia del VIH, el cual se estima es portado por 10.2 por ciento y en 3.4 por ciento en hombres que se inyectan (Ospina-Escobar y Juárez, 2019). Esta vulnerabilidad ante el VIH se relaciona con la etapa en que los usuarios de drogas empiezan a inyectarse, la cual, entre las mujeres se ha identificado que se da por dos motivos: porque la pareja sentimental consume y por la presión que ejerce el grupo de pares (IAS, 2019). Debido a esto, las mujeres son más propensas a compartir sustancias ya que esperan a que la dosis sea preparada para ser las segundas en utilizar la jeringa, lo que aumenta la posibilidad de contraer el VIH o hepatitis C (Roberts *et al.*, 2010).

Ospina-Escobar (2020) plantea que el consumo de sustancias inyectables entre mujeres constituye una transgresión al orden social, ya que experimentan trayectorias de vida intersectadas por condiciones estructurales de desigualdad de género y violencia. Desde el imaginario social, esta transgresión a las normas estereotipadas del *ser mujer* posibilita que en los espacios de atención a la salud se reproduzca la violencia institucional sistemática y se dificulte el acceso a los servicios y tratamientos ante diversos padecimientos. A esto se suman las narrativas y los discursos de estigmatización e invisibilización sobre las mujeres que utilizan sustancias ilegalizadas<sup>3</sup> (Romo Avilés, 2010) legitimando la medicalización, la criminalización y la culpabilización de los usos femeninos de drogas (Jiménez y Guzmán, 2012).

Además, factores como la discriminación por parte de prestadores de servicios de salud, el estigma social, la preponderancia de programas dirigidos a hombres para el tratamiento y la reducción de daños y la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva (Pinkham y Malinowska, 2008), operan como condicionantes para acceder a dichos servicios. Por ello, resulta pertinente profundizar en el análisis de las estrategias de autoatención ejercidas por las mujeres que viven en un entorno social que las ha invisibilizado y, con ello, acentuado su exclusión.

---

<sup>3</sup> De acuerdo con Romo (2010), el término *ilegalizado* hace referencia a la realidad social e histórica de las sustancias psicoactivas, por lo que su significado está relacionado con la percepción cultural que se tiene de ellas. Por otro lado, el término *ilegal*, refuerza los discursos de criminalización y estigma hacia las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

## LA AUTOATENCIÓN

Los aportes de Menéndez (2003, 2009, 2012, 2018, 2020) sobre los procesos de s/e/a-p evidencian la complejidad de las prácticas y saberes que las personas utilizan para cuidar su salud. Desde este modelo teórico, el autor propone que la autoatención se refiere a los saberes que desarrollan los sujetos y grupos para “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud” (Menéndez, 2018, p. 106). Por sus condiciones sociales, económicas y políticas, los grupos desarrollan saberes y formas de atención específicas que aplican para atender sus padecimientos antes de acudir a solicitar atención profesional. Por saberes se entiende a las representaciones técnicas y prácticas organizadas en forma de conocimiento que operan a través de curadores, sujetos o grupos legos para curar un padecimiento (Menéndez, 2009). En este sentido, la autoatención incluye:

el diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes pequeños grupos [...] dentro de los que desarrollan su vida los sujetos, pero sin la intervención directa de un curador profesional (Menéndez, 2020, p. 94).

Estos grupos tienen un papel decisivo en la atención de los padecimientos, además de considerar que están adheridos a procesos sociales, económicos y culturales que tienen el potencial de facilitar el desarrollo de ciertas formas de atención. La autoatención implica un proceso relacional llevado a cabo por la población como parte de su vida cotidiana (Menéndez, 2020).

La autoatención se ubica en dos niveles: uno amplio y otro restringido. El primero se refiere a la reproducción biosocial de los sujetos y de los grupos, especialmente familia o personas cercanas, y se relaciona con actividades domésticas que contribuyen a atender y prevenir padecimientos, como el aseo, la alimentación, el cuidado del medio ambiente, entre otros. El segundo nivel se vincula al tratamiento y a la prevención de padecimientos y enfermedades de todo tipo; en este se nivel se ubican las relaciones dentro de los grupos a los que todo sujeto pertenece (Menéndez, 2003).

La autoatención como proceso relacional incluye los actos de los sujetos y los grupos en los que estos forman parte, además de otros actores significativos presentes durante la atención de los padecimientos. Como estructura, la autoatención está sujeta a condiciones económicas y culturales que inciden en la frecuencia y recurrencia de los padecimientos que amenazan a los individuos y a sus grupos (Menéndez, 2009). Algunos de estos problemas de salud pueden llegar a formar parte de su identidad, por ejemplo, la presencia de enfermedades crónicas que involucran directamente la presencia de una figura de cuidador/a o la autonomía que logra el sujeto a través de la autoatención (Menéndez, 2009, 2020).

Además, situarse en el contexto donde ocurre la autoatención permite pensar en las acciones que realizan las personas para atender sus problemas de salud. En este sentido, lo que ocurre desde la detección y el lapso para atender o desatender un padecimiento se relaciona con los grupos a los que pertenecen las personas, los medios con los que cuentan y los saberes que desarrollan para explicar, atender, contener y resolver situaciones cotidianas de sus padecimientos (Menéndez,

2018). Por otro lado, Menéndez (2009) reconoce que hay grupos adheridos a movimientos sociales que potencian la autoatención; en este ámbito se ubican los grupos de autoayuda o de ayuda mutua que posibilitan ciertas formas de autoatención y se extienden del ámbito doméstico hacia las variadas redes sociales y de apoyo de los sujetos que ofrecen opciones de atención complementaria a la atención médica profesional (Haro, 2000).

En el caso de las PID, dadas las condiciones estructurales como el estigma y la falta de acceso a servicios de salud, es común que estas atiendan por sí mismas sus dolencias y eviten solicitar atención en hospitales o centros de salud (Ovalle, 2009), desarrollando prácticas de autoatención para atender sus padecimientos. Estas prácticas se adquieren mediante la relación con los grupos de los que forman parte, en este caso con otros y otras usuarias, así como con organizaciones civiles. En el presente estudio, se hará referencia a las mujeres usuarias que acuden a una organización civil ubicada en una ciudad fronteriza de México. En este espacio se realizan intervenciones de reducción de daños basados en principios de trabajo comunitario y relaciones de horizontalidad acotadas a las necesidades de las personas que se atienden, desde la justicia social y el respeto a los derechos humanos (Harm Reduction International [HRI], 2021).

Como señala Menéndez (2020), la autoatención está presente en todas las sociedades como un proceso relacional constante, por lo que se propone estudiarla desde la perspectiva de los sectores sociales subalternos, los cuales atienden diversos padecimientos con sus saberes y prácticas. Dado que la autoatención es la forma más frecuentemente utilizada (Menéndez, 2020), se propone profundizar en esta práctica que se lleva a cabo entre mujeres que se inyectan drogas en un sector social subalterno para comprender cómo atienden sus enfermedades y los padecimientos derivados de dicho consumo, y cómo el contexto fronterizo influye en estas formas de atención.

## METODOLOGÍA

El abordaje cualitativo del que se parte en este trabajo tiene la característica de indagar “en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan” (Vasilachis, 2006, p. 24). Este enfoque resulta pertinente para comprender lo que las mujeres hacen para atender y cuidar su salud. El análisis que aquí se presenta forma parte de una investigación en curso que, desde un enfoque sociocultural de la salud, busca adentrarse en la relación entre las prácticas de autoatención, la reducción de daños y la promoción de la salud entre mujeres que se inyectan drogas. En este trabajo se profundizará en los ejes analíticos centrados en la autoatención de las usuarias de servicios de reducción de daños, a partir de los cuales se diseñaron las guías de observación y de entrevista.

Para lograr este objetivo, se utilizaron la observación participante y las entrevistas semiestructuradas como técnicas de investigación. La observación participante, de acuerdo con Taylor y Bogdan (1992), involucra la interacción entre quien investiga y los informantes dentro de su propio entorno; durante el tiempo en que la interacción se desarrolla se hace un registro sistemático de lo que se observa. Por otro lado, la entrevista semiestructurada, de acuerdo con Ruiz Olabuénaga (1999), crea un marco que permite recoger datos como resultado de la convivencia

entre entrevistador y entrevistado; quien investiga busca identificar lo que es importante y significativo en el entrevistado, sus perspectivas e interpretaciones, su modo de ver y experimentar el mundo. Tanto para la observación participante como para la entrevista, se realizaron guías que permitieron el registro de la información y su posterior sistematización y análisis.

El trabajo de campo se realizó en dos tiempos: primero se realizó una estancia de septiembre a diciembre de 2021 en una organización civil de reducción de daños ubicada en Mexicali, Baja California, donde se documentó, a través de la observación participante, el trabajo que se realiza con la población consumidora de sustancias inyectables desde las intervenciones de reducción de daños. A partir de las observaciones, se identificaron los ejes analíticos para diseñar la guía de la entrevista semiestructurada, la cual se aplicó en la segunda etapa del trabajo de campo, en marzo de 2023. Estas entrevistas se realizaron a mujeres consumidoras de sustancias inyectables. La temporalidad entre la primera y la segunda etapa de campo estuvo sujeta a los procesos de la formación académica de la primera autora, así como a factores externos como la pandemia por el COVID-19.

Dichos instrumentos fueron utilizados con el objetivo de indagar sobre las prácticas de autoatención y las dinámicas de consumo. La observación participante tuvo como eje principal documentar el contexto en el que habitan las mujeres y sus condiciones de vida. La guía de entrevista se enfocó en recabar: 1) datos sociodemográficos para identificar edades, ciudades de procedencia, con quién viven, si tienen familia; 2) datos sobre las dinámicas de consumo, qué sustancias, dónde y con quién consumen; 3) los servicios de reducción de daños que solicitan en la organización civil; 4) cuáles son las prácticas de autoatención;<sup>4</sup> y 5) el contexto de riesgo por ser mujeres consumidoras. Más adelante se describen los ejes y subejos analíticos derivados de los instrumentos y su articulación con la autoatención.

Los criterios que se establecieron para seleccionar a las entrevistadas fueron: mujeres, mayores de edad, consumidoras de sustancias inyectables que solicitan servicios de reducción de daños en una organización civil ubicada en Mexicali, Baja California. Se entrevistó a 10 mujeres y cada una firmó un consentimiento informado donde se especificaba que sus datos serían utilizados con fines académicos y se respetaría la confidencialidad de sus identidades por medio del uso de seudónimos. Además, se obtuvo el permiso para grabar en audio las entrevistas.

En el período de septiembre a diciembre de 2021, se identificó a algunas mujeres como posibles participantes, así como los lugares donde se encuentra dicha población dentro del diámetro que abarca el centro de la ciudad, el cual es próximo a la mencionada organización civil. Con la intención de ubicar a las mujeres identificadas en la primera visita de campo –en marzo de 2023–, se tomó la decisión de acudir a los lugares donde usualmente se encuentran, como lotes baldíos, hoteles de bajo costo o zonas públicas donde usualmente realizan trabajos informales –como limpieza de automóviles–. Aunque es una población con alta movilidad, algunas tienen varios años habitando en la zona y acuden regularmente a solicitar servicios de reducción de daños, lo que facilitó el acercamiento con ellas.

---

<sup>4</sup> La descripción de los subejos de análisis de acuerdo con este concepto se detalla más adelante.

Así mismo, a través de la técnica de bola de nieve, que “es elegida por proporcionar formas de contacto con poblaciones o grupos caracterizados como difícilmente accesibles” (Alloatti, 2014, p. 1), una de las primeras participantes facilitó la ubicación de otros lugares de encuentro, lo que permitió acceder a otros espacios, como la casa de una de las usuarias –quien había sido habitante de calle y tenía poco tiempo viviendo en una casa-habitación prestada a cambio de mantener limpio el lugar–. Esta misma usuaria facilitó encontrar a otra, y así sucesivamente.

Las entrevistas se realizaron en espacios privados, terrenos baldíos o casas abandonadas. Algunas se llevaron a cabo en la vía pública y aunque esto representó una dificultad para lograr el *rapport*, permitió también observar sus condiciones materiales de vida y de movilidad en la ciudad. Durante una de las entrevistas en la vía pública, tanto a la entrevistada como a la entrevistadora se les pidió desalojar dicho espacio, lo cual es una situación habitual en la experiencia de las participantes. Conocer de antemano a algunas de las entrevistadas facilitó la comunicación y fluidez de las entrevistas.

Las entrevistas grabadas tuvieron una duración de 20 a 50 minutos y fueron transcritas en un procesador de texto, para después ser analizadas con base en los ejes temáticos derivados de la autoatención. Transcribir literalmente los audios permite, como argumentan Taylor y Bogdan (1992), recuperar las voces de los actores sociales. El análisis cualitativo implica un proceso riguroso y sistemático de lectura y relectura de los datos empíricos en relación con el marco teórico, como estrategia para comprender la capacidad explicativa de los conceptos propuestos, así como los temas emergentes que dan sentido a los discursos y prácticas de los actores sociales (Denzin y Lincoln, 2012; Ruiz Olabuénaga, 1999). Además, para apoyar la organización y sistematización de la información empírica, se utilizó el programa de análisis cualitativo Nvivo, en el cual se definieron los ejes y subejos analíticos.

De acuerdo con el planteamiento teórico de este trabajo, se definió operacionalmente que la autoatención sería el eje analítico principal, el cual se componía, a su vez, de los siguientes subejos de análisis: 1) características del contexto fronterizo; 2) padecimientos o dolencias; 3) prácticas de consumo; 4) servicios solicitados en la organización civil; y 5) autoatención. Este último subeje es definido de acuerdo con la propuesta teórica de Menéndez (2018) que hace énfasis en las prácticas de prevención, el autocuidado, las redes sociales y los grupos de ayuda mutua.

Como técnica de análisis, se organizaron en la base de datos los ejes y subejos derivados de la propuesta teórica de la autoatención, traducidos en un nodo principal (eje) y su relación con los subnodos (subejos analíticos). Posteriormente, y a través de la lectura de los datos empíricos, se codificaron las entrevistas y el diario de campo. Como parte del proceso de análisis de los datos empíricos, emergieron otros ejes relacionados con el género y los riesgos relacionados con el consumo. A partir de la conceptualización y la operacionalización de estos ejes y subejos analíticos, se procedió a la codificación de las 10 entrevistas.

Para caracterizar a las entrevistadas, se detalló que sus rangos de edad van de 27 a 60 años; tienen entre 8 y 30 años consumiendo heroína inyectada; 50 por ciento de viven solas y habitan en la calle, en casas abandonadas o lotes baldíos; 30 por ciento vive en pareja; y 20 por ciento renta

en hoteles de bajo costo. Se dedican al trabajo informal, principalmente a limpiar parabrisas en los semáforos, a juntar botes de aluminio en la calle para vender y a hacer trabajos temporales de limpieza. Aunque no manifestaron realizar trabajo sexual en el momento de la entrevista, al menos 50 por ciento expresó haberlo realizado en algún momento de su vida. Tres de ellas nacieron en Mexicali; cuatro migraron junto con sus familias de otros estados del país y se asentaron en esta ciudad fronteriza; una de ellas fue deportada de Estados Unidos y dos nacieron en El Centro, California, en el vecino país del norte.

Todas son madres, pero ninguna vive con sus hijos, algunos de ellos fueron tomados por instituciones del Estado o viven con familiares. Ninguna tiene acceso a servicios de salud. Las sustancias que consumen son heroína, metanfetamina, marihuana y pastillas conocidas como M30; todas las entrevistadas manifiestan combinar el uso de la heroína con metanfetamina. A continuación, en el cuadro 1 se presentan algunas de las características mencionadas.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las participantes

Pseudónimo	Edad	Lugar de nacimiento	Estado civil	Oficio	Grado de estudios	Hijos	Con quién vive	Qué sustancia consume	Acceso a servicios de salud
María	40	Mexicali	Viuda	Actividades informales como lavado de autos, entre otras	Universidad (tres años)	3	Pareja	Heroína con fentanilo, cristal, clonazepam, M30	No
Lorena	59	El Centro, California	Soltera	Limpia casas ocasionalmente en El Centro, California	Preparatoria	5	Amigo	Heroína, cristal, marihuana, pastillas, ¡de todo! (afirmación la entrevistada)	No
Jessenia	30	Guadalajara	Soltera	Actividades informales, como lavado de autos, entre otras	No estudió	2	Pareja	Heroína y cristal	No
Marcela	28	Mexicali	Unión libre	Ama de casa	Preparatoria	4	Pareja	Heroína con hielo	No
Zandra	30	Mexicali	Soltera	Desempleada, estaba buscando en la basura	3.º de secundaria	2	Sola	Heroína	No
Gaby	32	Sonora	Soltera	Pide ayuda a la gente	2.º de secundaria	1	Sola	Heroína (fumada), cristal	No
Andrea	55	Ciudad de México	Viuda	Juntar botes, chácharas para vender	Secundaria terminada	8	Sola	Heroína, hielo, marihuana, pingas	No
Selina	42	Ensenada	Soltera	Limpiar vidrios en el semáforo, principalmente	6.º de primaria	4	Sola	Heroína, fentanilo, cristal	No
Laura	60	Guasave	Viuda	Limpia una casa de vez en cuando	Primaria terminada	4	Sola	Heroína con cristal	No
Phily	27	El Centro, California	Soltera	Trabajaba en una tienda	1.º de secundaria	2	Sola	Heroína, pastillas, hielo, marihuana	No

Fuente: Elaboración propia, con base en el trabajo de campo.

Durante la realización de las entrevistas, se presentaron algunas limitaciones relacionadas con la ubicación de las mujeres; en algunos casos estas impidieron profundizar en la narrativa sobre la



autoatención y su experiencia al acudir a la organización civil a solicitar servicios de reducción de daños. Por esta razón, se descartó una de las entrevistas, ya que la usuaria no acudía a este espacio.

De acuerdo con el objetivo planteado, la metodología desarrollada permitió identificar dinámicas de consumo y observar algunas de las implicaciones de la introducción del fentanilo, el cual ha causado conmoción entre las personas consumidoras y los profesionales de la salud. Este abordaje cualitativo posibilitó un trato horizontal entre las entrevistadas y la entrevistadora, al acudir a los lugares donde ellas se encuentran y documentar las condiciones de vida cotidiana.

## RESULTADOS

De acuerdo con la propuesta teórica de Menéndez (2018), para comprender las prácticas de autoatención es necesario analizar el contexto donde estas ocurren. Así, a partir de la estrategia metodológica y analítica descrita, se examinaron los resultados organizados en dos ejes: 1) contexto y prácticas de consumo entre las mujeres; y 2) la autoatención entre las mujeres usuarias de drogas inyectables.

### *Contexto y prácticas de consumo de las mujeres usuarias*

Las participantes en esta investigación habitan la zona centro de la ciudad de Mexicali, Baja California, donde también se ubica desde 2013 la organización civil que ofrece servicios de reducción de daños. Esta zona de la franja fronteriza se caracteriza por problemas de inseguridad y presenta una imagen deteriorada y desordenada del espacio público, como la falta de alumbrado y presencia de basura. Sin embargo, aproximadamente desde 2021 se observa que el gobierno estatal inició un proyecto de reactivación económica que trajo consigo la remodelación de edificios y calles principales (Instituto Municipal de Investigación y Planeación Urbana de Mexicali, 2022). Mientras el espacio físico comenzaba a cambiar, se generaron otras dinámicas sociales que afectaron a personas vulnerables, principalmente consumidoras de sustancias y habitantes de calle. Estas prácticas institucionales pueden analizarse como un proceso de *limpieza social* que ha tenido como objetivo remover a este sector subalterno de dicho espacio fronterizo, como lo relata una de las participantes: “No podías entrar en la línea [fronteriza], te corrían, para el centro casi no podías andar porque donde te miraban te levantaban [la policía] y derecho al centro [de rehabilitación], o sea, en los semáforos también” (Selina, 42 años, comunicación personal, 6 de marzo de 2023).

Los procesos de limpieza social en la zona han resultado en el desplazamiento de las personas más vulnerables. Así como en otros contextos, estos hechos buscan eliminar a las minorías señaladas entre la frontera de lo indeseable y lo peligroso, en favor de la restauración del orden social *sano* que legitima borrar a grupos para *normalizar* a la sociedad (Reséndiz Rivera, 2016). A esto se suman hechos de acoso policiaco hacia las personas consumidoras, detenciones arbitrarias e internamiento forzado en centros de rehabilitación, tal como fue documentado por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California (Recomendación 5 de 2022), quien emitió una serie de recomendaciones al gobierno municipal en el tema de seguridad pública por violación a la libertad,

actos de discriminación e inseguridad jurídica, derivadas del plan de reactivación económica en la zona centro de Mexicali. A pesar de estas recomendaciones, las participantes refieren al momento de las entrevistas que la relación con las autoridades se mantiene tensa:

Hostigan a amigos, he visto que les quitan el dinero, los están parando cada rato, [a] los que saben que andan limpiando vidrios [...] les quitan su dinero, les pegan... les agarran coraje a muchos morros y los traen a carrilla bien gacho... a muchos los han desaparecido (Lorena, 59 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

Otro elemento importante que ha recrudecido el contexto de consumo de sustancias inyectables en la frontera norte tiene que ver con la presencia repentina del fentanilo. La introducción de esta sustancia se relaciona con el incremento de sobredosis fatales y no fatales en múltiples mercados de drogas (Goodman-Meza *et al.*, 2022). Si bien las mujeres cuentan con poca información sobre el fentanilo, han aprendido a modificar sus prácticas de consumo desde que empezaron a observar un aumento en las muertes por sobredosis. Una de las entrevistadas expresa que ha disminuido su práctica de consumo como estrategia para evitar una sobredosis: “La neta, ya le he bajado [...] porque ya no es heroína, se ha muerto mucha gente y la neta yo sí tengo miedo” (Lorena, 59 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

La decisión de disminuir y aprender a regular la cantidad de sustancia en su cuerpo constituye un primer nivel de atención, prevención, comprensión y puesta en práctica de la autoatención (Menéndez, 2018). Aprender a dosificar las sustancias, involucra los saberes con los que cuentan para cuidar su salud. Además de las sobredosis, las entrevistadas manifiestan que desde la llegada del fentanilo presentan otras dolencias, como dolores de cabeza frecuentes y diarrea repentina, como lo expresa una de ellas:

Nosotros no nos dimos cuenta cuándo empezaron a meternos el fentanilo, más que en nuestro cuerpo, varios sentimos una diferencia, una reacción en las venas, nos quemaba mucho cuando nos metíamos la sustancia [...] nuestro cuerpo reaccionaba a veces con dolor de cabeza, bien raro, el cerebro se movía bien feo y pues la diarrea de volada se te viene, ansias bien feas en las piernas, en los brazos, todo el cuerpo (María, 40 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

Este reconocimiento de los cambios corporales se integra a nuevos saberes y con ello se modifican las prácticas como estrategia de autoatención. El hecho evidencia también la vulnerabilidad de la población ante la oferta de nuevas drogas cuyos efectos en la salud están aún por documentarse. Uno de los padecimientos que las mujeres identifican ante esta droga, son los *cuerazos*<sup>5</sup> que, si bien antes ya los experimentaban, ahora sus manifestaciones son más intensas: “Como que se hacen más rápido, como que duran [más tiempo para curarse], como que se pudre más la piel” (Marcela, 28 años, comunicación personal, 7 de marzo de 2023).

---

<sup>5</sup> Forma coloquial de nombrar los abscesos ocasionados por la técnica incorrecta de inyección entre usuarios de sustancias inyectables.

La vivencia de estos padecimientos se relaciona con el estigma, el cual es clave para comprender cómo conviven con los padecimientos que, en algunos casos, llegan a ser parte de su identidad y subjetividad durante su trayectoria de vida (Menéndez, 2018). La relación entre el estigma y los padecimientos posibilitan una variedad de prácticas de autoatención, mientras que evitan solicitar servicios de salud con curadores profesionales debido a la violencia institucionalizada que viven en estos espacios (Osuna, 2013). Así lo expresa una de ellas:

No puedo ir ni a la Cruz Roja ni a ninguna parte porque no sé ni lo que tengo, yo sé muy bien que es por la causa de la droga, [...] es que no te reciben bien para empezar, y si te llegan a recibir te ponen una inyección para matarte [...] varias personas así iban por ciertas cosas o por cuerazos y les ponían algo y los mataban, ya no regresaban (María, 40 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

El temor a morir en los servicios de salud es expresado por las entrevistadas de manera constante, dadas las experiencias compartidas por otras integrantes de esta comunidad de usuarias de sustancias inyectables. Se ha encontrado que el estigma que viven las personas que se asocian a los *problemas de drogas* afecta directamente el cuidado por parte del personal de salud (Campa y Cantú, 2012). La desconfianza hacia dicho personal y la reproducción de la violencia y el estigma son barreras que impiden que esta población solicite servicios de salud, así lo expresa Lorena:

Te matan porque, a mí me consta que compas que han ido a limpiarse un cuerazo, que los curen de un cuerazo [abscesos], que ya lo traen bien, han entrado bien, no andan ni drogados ni nada, y salen del doctor preguntando por quién venía con fulano y tal, porque la quebró [falleció] el vato, que le dio un ataque siendo que ni enfermo estaba, ¿me entiendes? Siempre salen con [que les dan] ataques. No sé qué les inyectan, pero algo nos inyectan. Y más si eres vicioso, y si nadie pregunta por ti, si no tienes familia, la neta (Lorena, 59 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

Estas situaciones alejan a las PID de los servicios de salud y de los curadores profesionales, como refiere Menéndez (2018), ya que estos son espacios en donde se reproducen discursos que patologizan a las personas consumidoras de sustancias (Ospina-Escobar, 2020). En ese sentido, cobra mayor importancia identificar las prácticas de autoatención y proponer, a partir de la experiencia, programas que promuevan la salud considerando estos condicionantes materiales y subjetivos para posibilitar el acercamiento entre las PID y los servicios de salud para la reducción de daños.

Además de lo anterior, el desplazamiento y la inseguridad posiciona a las mujeres usuarias de drogas en desventaja respecto a sus pares masculinos, como María refiere:

Hay gente que agarra casas abandonadas y se mete ahí, pero a mí se me hace más peligroso porque puede llegar otra gente ahí, y estás dormido, te roban o te hacen algo, ¿sí me entiendes?, y uno pues a veces está sola o algo, necesitarías acoplarte con alguien (María, 40 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

El *acoplarse con alguien*, como narra María, se analiza como una estrategia de autocuidado y seguridad, que generalmente se refiere a entablar una relación de pareja; si bien esto puede protegerlas de la violencia en el espacio público, también las expone a otros tipos de agresiones al interior de la pareja, como se ha reportado en otras investigaciones (Folch *et al.*, 2021; Ospina-Escobar, 2020).

En estos trabajos también se ha documentado que el inicio en el consumo de drogas inyectables entre las mujeres se da por la influencia de la pareja sentimental, lo que también las expone a riesgos y dificultades para cuidar su salud. En este aspecto, la literatura refiere que las mujeres son más propensas a ser inyectadas por otra persona, sobre todo en la etapa de iniciación, como se mencionó anteriormente (IAS, 2019; Roberts *et al.*, 2010). En esta investigación también se documentaron las estrategias que las mujeres han tenido que poner en práctica para ser inyectadas, sobre todo al inicio, como lo expresa Marcela:

Tenía que pagar para que me curaran, ¿sabes cómo? Y era así, cada rato que me tenía que curar, tenía que pagar para que me agarraran, porque no sabía agarrarme [...] tenía que irme a los yongos,<sup>6</sup> ahí donde viven ellos o llevarlos allá donde estaba yo (Marcela, 28 años, comunicación personal, 7 de marzo de 2023).

Al reproducirse en el imaginario social la idea de que inyectarse es una práctica *masculinizada*, las mujeres tienden a ser las últimas en utilizar una jeringa, quedando así expuestas a la transmisión del VIH o de hepatitis C.; a esto se suman las dificultades que tienen para que sus parejas sexuales utilicen condón, lo que las deja también expuestas a contagios de otras ITS (Kensy *et al.*, 2012).

Así, el contexto en el cual las usuarias cuidan de su salud se caracteriza por la estigmatización, la discriminación y diversas manifestaciones de violencia de género, condiciones que acentúan la vulnerabilidad a la que están expuestas y las obliga a desarrollar prácticas de autoatención, de acuerdo con los medios y los saberes a los que tienen acceso, como se analiza en el siguiente apartado.

#### *La autoatención entre usuarias de sustancias inyectables*

Las prácticas que articulan diversas formas de atención son impulsadas por las personas y por los grupos sociales a los que pertenecen (Menéndez, 2003). En este sentido, si bien las mujeres entrevistadas sobreviven en un contexto de exclusión en cuanto a servicios de salud, a través de intervenciones de reducción de daños logran acceder a programas para el intercambio de jeringas, detección y prevención de ITS, hepatitis C y VIH, al uso de salas de consumo seguro y a programas de prevención de sobredosis. Estas intervenciones contribuyen en las formas de atender sus padecimientos al incorporar en sus prácticas de autoatención saberes legos y profesionales. Según lo expresado por las entrevistadas, uno de los padecimientos más comunes son los *cuerazos*, que son tratados combinando penicilina cuando tienen posibilidad de adquirirla, pero en caso contrario, untan

---

<sup>6</sup> Lugares usualmente abandonados que sirven como refugio para habitar temporalmente o consumir sustancias y son utilizados por personas que habitan en calle.

sábila en la zona infectada. Este saber se ha transmitido por generaciones entre las mujeres, así lo expresa una de las entrevistadas:

He batallado porque a veces no tengo las cosas necesarias [...] y al estilo antigüito, así como mi abuelita, sábila con hierba del manso... me he curado varios cuerazos, me los abro yo sola, me los empiezo a picar para que salga la pus, ya se seca (María, 40 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

Estos saberes legos y de la medicina tradicional se integran a las prácticas de autoatención entre las mujeres, quienes además ponen en práctica ciertos saberes profesionales, sobre todo para atender los casos de sobredosis. Las mujeres refieren que normalmente utilizan agua con sal inyectada hasta que la persona tome conciencia de nuevo, pero también utilizan naloxona, cuando disponen de ella. Esta integración de saberes legos y profesionales evidencia la complejidad de las prácticas de autoatención y las condiciones en las cuales se implementan. Así, es a partir del programa de prevención de sobredosis cuando las mujeres aprenden esta práctica biomédica que, según explica una de las entrevistadas, su uso tiene algunas ventajas: “La diferencia entre la sal y la naloxona [...] el medicamento va por medida y pues la sal nomas avientas el puño y lo que levantes y va para adentro... hasta que se aliviane [despierte]” (Selina, 42 años, comunicación personal, 6 de marzo de 2023).

Así, los saberes biomédicos se integran e interactúan en la práctica de autoatención (Menéndez, 2018), como se evidencia en el anterior testimonio y en el siguiente: “[Primero] con la naloxona [después] le aflojo la cinta de los zapatos, el cinto para que pueda agarrar aire, les pongo agua en la cabeza [...] muevo sus brazos” (Laura, 60 años, comunicación personal, 3 de marzo de 2023).

Además, la entrevistada expresa que procura proveerse de naloxona para utilizarla con sus grupos o en lugares de consumo, ya que acuden a ella por ser una de las mujeres de mayor edad y a la cual varios usuarios y usuarias le tienen confianza. Es así como, en este contexto, las mujeres reproducen el papel de cuidadoras de la salud de otros (Menéndez, 2009; Perusset, 2018). Ellas ponen en práctica saberes legos para atender a otros usuarios que tienen un escaso o nulo acceso a los servicios de salud.

El acceso a la naloxona es parte del programa de prevención de sobredosis implementado con la población consumidora de opioides; aunque en México su uso se mantiene controlado, la organización ha logrado donaciones a través de programas similares de reducción de daños con instancias internacionales que también enfrentan esta situación. Este programa ha permitido prevenir muertes por sobredosis de uso de opioides en la zona fronteriza (Goodman-Meza *et al.*, 2022) y se mantiene como una de las intervenciones principales de la organización civil frente al aumento de sobredosis y la aparición del fentanilo.

Ahora bien, la experiencia de mayores sobredosis documentada aproximadamente desde 2019 (Goodman-Meza *et al.*, 2022) ha modificado las prácticas de consumo. Las participantes se saben vulnerables ante la situación, por lo que prevén algunas estrategias de cuidado con sus pares, como relata Lorena:

Nunca me curo sola, yo antes prefería hablarle a alguien, [compartir] unas rayas [con su par] que curarme sola, porque [...] si no eran tecatos [si no se inyectaban] pues [les decía] “si me doblo, nomás no me dejes morir, si no sabes háblale a la policía, a la ambulancia, pero no me dejes morir” (Lorena, 59 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

En su relato, la entrevistada sabe de antemano que la presencia de fentanilo ha modificado la tolerancia de su cuerpo a las sustancias. La recomendación de no consumir a solas para evitar sobredosis también forma parte de las intervenciones de reducción de daños en las cuales se explican los riesgos del uso de fentanilo. La entrevistada demuestra que ha adoptado esta medida para disminuir el riesgo de *doblarse*.

Menéndez (2003) explica que diversos procesos sociales, económicos e ideológicos impulsan determinadas formas de autoatención y están condicionados por el acceso a los insumos que requieren para el cuidado y las redes sociales con las que cuentan. En este caso, los grupos de apoyo de las usuarias se componen principalmente de sus pares, quienes viven en condiciones similares pero no son usuarios de drogas inyectables, como narra una de las entrevistadas, quien habita en un terreno baldío junto con otros usuarios: “Nos echamos la mano unos a otros... si es ahí para la comida, nos echamos la mano en lo que podamos ahí, entre todos” (Laura, 60 años, comunicación personal, 3 de marzo de 2023).

La forma en que estas mujeres se vinculan con sus pares, determina actividades de autoatención asociadas a la reproducción biosocial del grupo para satisfacer necesidades básicas, como alimentación, limpieza y lugar donde dormir (Menéndez, 2020). Así, el *nos echamos la mano* posibilita el cuidado colectivo entre PID. Sin embargo, estas redes de apoyo se componen, generalmente, por unos cuantos amigos cercanos o por la pareja sentimental, en quienes depositan confianza para el cuidado ante riesgos de sobredosis. Otras participantes refieren que no cuentan con quien apoyarse emocionalmente en caso de alguna dolencia o enfermedad; esto se relaciona con experiencias previas en las que han vivido abusos y robos por parte de sus pares, como una de las entrevistadas comenta:

Como saben que soy del otro lado [nacida en Estados Unidos] yo antes, la neta, traía una feria [...] me metían de más [refiriéndose a la cantidad que asignaban a su dosis], o sea hacían la cura y la hacían muy fuerte porque saben que yo no aguantaba tanto, me doblaban y me ganaban con todo, mis propios compas (Phily, 27 años, comunicación personal, 7 de marzo de 2023).

La decisión de mantenerse aislada del grupo de usuarios puede considerarse una práctica de autocuidado, entendida como una conducta individual que posibilita reducir o eliminar conductas de riesgo (Menéndez, 2003). En este sentido, la autoatención puede verse desde un plano estructural que se relaciona con otras formas de atención y como un proceso que opera en términos socioculturales (Menéndez, 2018) a través de las decisiones de las mujeres para prevenir y atender riesgos, y al establecer relaciones entre los microgrupos a los que pertenecen.

Para Menéndez (2018), los dos niveles de autoatención se mantienen relacionados y puede ser difícil establecer un corte claro entre uno y otro. En el caso de las mujeres entrevistadas, sus condiciones de vida dificultan la posibilidad de establecer estos límites, puesto que es una población que no cuenta con vivienda, servicios de salud e incluso ni con la posibilidad de alimentarse. En este sentido, la presencia de la organización civil como grupo de ayuda mutua, a través de las intervenciones de reducción de daños, contribuye compartiendo lazos de solidaridad desde un enfoque comunitario y responde a necesidades que no han sido cubiertas desde las instituciones de salud (Haro, 2000). Las entrevistadas refieren que acudir a la organización, solicitar y recibir servicios de reducción de daños les brinda información para cuidar su salud y adaptar sus prácticas de consumo, como narra Selina:

Nunca se meten con tu consumo, respetan mucho eso... pero sí te hacen comentarios de que hace más daño el fentanilo, te dan información pues... o que no te piques en ciertas partes porque es más peligroso, o si traes un cuerazo luego te canalizan con los doctores [...] te orientan en lo que te hace daño (Selina, 42 años, comunicación personal, 3 de marzo de 2023).

Otra de las entrevistadas expresa: “Desde que están los intercambios de jeringas no hay tanta gente con cuerazos como antes [...] un cuete [jeringa] lo usaban como 20 [personas]” (Lorena, 59 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

Estos saberes se integran a las prácticas de autoatención de las mujeres, quienes evitan compartir jeringas usadas y se reconocen más cuidadosas en el consumo respecto a sus pares masculinos. Otro aspecto vinculado al género y a la salud se relaciona con el cuidado de la apariencia física y la limpieza corporal para evitar la discriminación o el acoso de la policía; esta práctica es una forma de protección en el contexto donde las mujeres usuarias viven:

No me molestan los placas [policías] [...] es que también a veces tiene que ver mucho el aspecto que traes en la vestimenta y todo, porque te ven bien desalineada y pues la misma gente les habla a los policías, los de los carros y eso [...] por eso siempre procuro andar limpia, no con ropa de marca, pero de perdida limpia y aseada, y sí me han llamado la atención por limpiar vidrios, pero hasta ahí, pero nunca me amenazaron con llevarme al centro o algo así (Selina, 42 años, comunicación personal, 3 de marzo de 2023).

De acuerdo con Romo Avilés (2010), las mujeres son consideradas más cautas y menos arriesgadas, y tienden a ocuparse de su apariencia como una práctica de autocuidado. En el caso de sus pares masculinos es diferente, ya que se les percibe como desaliñados y poco preocupados por su aspecto. Esta falta de cuidado, según sus narrativas, deriva en la intensificación de actos como la persecución policiaca o la discriminación.

Otro elemento relacionado con la autoatención es que, aunque a través de la organización civil pueden acceder a pruebas rápidas de detección de VIH o hepatitis C. Sin embargo, una de las entrevistadas expresa renuencia a solicitar tratamiento:

No he querido ir, había escuchado que es muy fuerte el tratamiento, yo tengo hepatitis C en base a la adicción de la heroína y, este, me da miedo, casi con medicamento no me gusta [...] no me gusta tomar medicamento, ni tratamiento, si me pasa algo que me pase, prefiero así dejarlo [...] sí sé que tengo que ir, yo sé que ellos [la organización] me pueden ayudar pero no quiero ir, me da miedo (María, 40 años, comunicación personal, 5 de marzo de 2023).

Este hecho puede relacionarse con la desconfianza que manifiestan las entrevistadas hacia los servicios de salud y la desinformación sobre los tratamientos, los cuales son percibidos como *fuertes* y generan temor ante la posibilidad de que el cuerpo no los tolere y les ocasione la muerte. Así, la autoatención, después de un diagnóstico de enfermedad crónica en la población inyectora, se relaciona con barreras estructurales e institucionales para acceder al tratamiento y con condiciones microsociales, como la decisión de no acudir con un profesional de la salud debido a ciertas creencias sumadas a la desconfianza.

Tal como señala Menéndez (2018), los procesos que viven los sujetos son complejos, contradictorios y ambivalentes, por ello se requiere observar su cotidianidad individual y la de los grupos a los que pertenecen, así como la manera en que las representaciones y las prácticas sociales permanecen, desaparecen y cambian, incluso las *instituciones* que atienden los procesos de s/e/a-p y cómo se desarrollan estos cambios a partir de los recursos con los que cuentan las personas.

Como se ha documentado, los contextos de vulnerabilidad y exclusión acentúan las condiciones de salud de las mujeres entrevistadas; así mismo, la violencia en diferentes manifestaciones sigue presente en sus trayectorias de vida. Un reciente trabajo de investigación demuestra la vigencia de la discusión sobre grupos que viven en alto grado de marginación social; para las mujeres esto representa la reiteración de la violencia en sus vidas “en diferentes escenarios y por parte de diversos agresores, y que sean vividas en silencio, asilamiento o alto grado de crueldad sin acceso a servicios básicos de salud ni de justicia” (Ospina-Escobar, 2023, p. 27).

Los cambios documentados en las dinámicas de consumo, la presencia de fentanilo y el aumento de sobredosis, evidencian la necesidad de generar información desde la reducción de daños, cuyo centro sean las personas y no las sustancias (Goodman-Meza *et al.*, 2022). De ahí que el estudio de las prácticas de autoatención de estos sectores subalternos en contextos fronterizos abona a la comprensión de la compleja relación entre los saberes legos y los profesionales para el diseño de programas de reducción de daños. Lo expresado por las mujeres entrevistadas permite reflexionar sobre las dificultades que estas manifiestan durante la etapa de iniciación del consumo, y las dinámicas de poder que viven en sus relaciones más cercanas, como la pareja, y cómo estas situaciones influyen en sus prácticas y dinámicas de consumo. A estos riesgos se suman los actos de violencia sexual y física que maximizan su vulnerabilidad.

Aun así, las mujeres logran desarrollar prácticas de autoatención y manifiestan preocupación por cuidar su salud y por atenderse. Goodman-Meza *et al.* (2022) explican que en la frontera norte se han encontrado altos índices de uso de agua con sal para atender las sobredosis; pero, además que la incorporación de programas de prevención a través de la entrega de naloxona, permite



observar cambios en la forma en que los grupos se atienden. Esto deja entrever la necesidad de indagar en los saberes que utilizan las poblaciones que consumen sustancias inyectables para atender sus dolencias, así como profundizar en los procesos de s/e/a-p.

### CONCLUSIONES

De acuerdo con Menéndez (2020), la autoatención opera cotidianamente en todas las sociedades, quienes generan formas específicas de atención y prevención de los padecimientos y dolencias. Dichas formas de atención se relacionan con condiciones estructurales que viven los grupos sociales. En el caso de las mujeres entrevistadas, estas sobreviven en un contexto fronterizo hostil en medio de proyectos económicos que, como en otras ciudades, están desplazando a las poblaciones más vulnerables (Lanzagorta, 2020; Samaniego, 2018). Estos procesos de gentrificación emergieron como elementos relacionados con las prácticas de autoatención de las mujeres, ya que, al ser desplazadas a otros espacios, se les dificulta el acceso a sus redes de apoyo y grupos de ayuda mutua. Esta exclusión espacial y simbólica les impide acceder a diversos servicios, incluyendo los de salud ante procesos de s/e/a-p.

En el caso de las entrevistadas, la condición de subalternidad e invisibilización es reproducida por medio de la limpieza social implementada desde los organismos estatales, la cual deja al descubierto el estigma y el rechazo sistemático sobre las mujeres que se inyectan drogas. Esto también se expresa en la ausencia de políticas sociales y de salud que atiendan a esta población. Ante tales condiciones, las mujeres han encontrado en los grupos de apoyo acceso a servicios de reducción de daños, entre otra información proveniente del modelo médico que integran a sus saberes y prácticas de autoatención. Estas prácticas visibilizan la capacidad de las mujeres para cuidar su salud, aun cuando los discursos médicos y jurídicos les restan dicha capacidad (Markez, 1997; Romo Avilés, 2010).

La autoatención como proceso relacional permite analizar la reproducción biosocial de prácticas y saberes durante el proceso de s/e/a-p. Las redes de apoyo son un factor clave en la forma en que ocurre la autoatención, ya que permiten identificar la importancia que tienen los pares para cubrir necesidades básicas, como la alimentación, tener un lugar *seguro* para dormir, o recibir atención en caso de sobredosis o abscesos. De igual manera, acudir a la organización civil les permite acceder a las intervenciones de reducción de daños y a información que les permite adoptar prácticas más seguras de consumo. Sin embargo, la aparición de nuevas sustancias ha llevado a las mujeres a reconfigurar dichas prácticas de autocuidado, ya que han aparecido otras dolencias. Ante esta situación, las mujeres también implementan estas prácticas para atender las dolencias de sus pares, sobre todo masculinos. Esto concuerda con Menéndez (2009), quien documenta que las mujeres se encargan de atender los procesos de s/e/a-p dentro de sus grupos inmediatos.

El modelo teórico de Menéndez (2018, 2020) sobre el proceso s/e/a-p permite comprender cómo las mujeres ponen en práctica los saberes médicos y legos para curar sus padecimientos. Las prácticas de autoatención no son aisladas, están en un proceso transaccional entre los individuos y

las formas de asistencia a las que logran acceder (Menéndez, 2009). El contexto de subalternidad en el que viven las mujeres usuarias de drogas reproduce las dificultades para el acceso a servicios de salud, por lo que es importante profundizar en las trayectorias de atención y las prácticas de autoatención ante sus dolencias o padecimientos. Es necesario comprender y analizar las desigualdades de género como un elemento estructural que reproduce experiencias de violencia en el espacio público y privado que habitan. Para futuras investigaciones, se sugiere profundizar en la relación entre la autoatención y el estigma, la maternidad y las violencias sistemáticas a las que están expuestas las mujeres usuarias de drogas inyectables.

Además, se sugiere desarrollar investigaciones para profundizar en cómo atienden sus padecimientos las mujeres y las personas que no tienen acceso a servicios de reducción de daños con relación a quienes sí lo tienen. Esta evidencia permitiría comprender dichas prácticas de autoatención entre distintas poblaciones y sus estrategias de cuidado a la salud.

Algunas de las limitaciones para realizar esta investigación se relacionan con los lugares donde se hicieron las entrevistas, debido a la dificultad para acceder a las poblaciones por los efectos del estigma en sus vidas que les obliga a ocultarse. Para finalizar, este estudio ha permitido repensar aspectos relacionados con la investigación social en poblaciones vulnerables e intersectadas por múltiples desigualdades y condiciones de marginación. El trabajo, en su conjunto, implica un proceso continuo de reflexividad (Bourdieu y Wacquant, 2005) como elemento ético en todo el quehacer científico, así como sus alcances y limitaciones en el impacto de las realidades de los sectores subalternos, como son las mujeres usuarias de drogas inyectables en este contexto de frontera.

#### AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a cada una de las mujeres entrevistadas por permitir que se conozca un poco de sus vidas, y a la organización Integración Social Verter, A. C. por las facilidades otorgadas durante el desarrollo de este trabajo.

## REFERENCIAS

- Alloatti, M. N. (2014, 27-29 de agosto). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, Costa Rica. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf)
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores.
- Campa, T. y Cantú, P. (2012). Valores y actitudes del personal de salud ante la atención de la persona ante la violencia y el fenómeno de las drogas. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 13(4), 1-6.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic). (2020). *Caracterización de los servicios para personas que consumen heroína, fentanilo y otros opioides en la frontera norte*. Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558918/Estudio\\_Caracterizaci\\_n\\_de\\_Servicios\\_M\\_xico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558918/Estudio_Caracterizaci_n_de_Servicios_M_xico.pdf)
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2012). *El campo de la investigación cualitativa* (vol. 1). Gedisa.
- Esquivel García, G., Ortiz Ruiz, L. y Ortiz Mondragón, R. (2012). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2), 47-58. <https://www.redalyc.org/pdf/507/50730963003.pdf>
- Fleiz-Bautista, C., Domínguez-García, M., Villatoro-Velázquez, J., Vázquez-Quiroz, F., Zafra-Mora, E., Sánchez-Ramos, R., Resendiz-Escobar, E., Bustos-Gamiño, M. y Medina-Mora, M. (2019). *Cuqueando la chiva: contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. <https://www.issup.net/files/2020-11/Cuqueando-la-Chiva-Contextos-del-consumo-de-heroina-en-la-frontera-norte-de-Mexico.pdf>
- Folch, C., Casabona, J., Majó, X., Meroño, M., González, V., Colom, J., Brugal, T. y Espelt, A. (2021). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*, 33(4), 299-306.
- Frontline AIDS. (2020). *Advancing the sexual and reproductive health and rights of women who use drugs. A guide for programmes*. Women and Harm Reduction International Network; Partnership to Inspire, Transform and Connect the HIV Response; International HIV/AIDS Alliance; Ministry of Foreign Affairs. <https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2020/07/Guide-for-harm-reduction-programmes-Updated-July24-2020-web-ready.pdf>
- Goodman-Meza, D., Slim, S., Angulo, L., Gonzalez-Nieto, P., Cambou, M. C., Loera, A., Shoptaw, S. y Arredondo, J. (2022). Impact of an overdose reversal program in the context of a safe consumption site in Northern Mexico. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 2, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2021.100021>
- Harm Reduction International (HRI). (2021). *What is harm reduction?* <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>

- Haro, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguer Gil y J. M. Comelles i Esteban (Coords.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Bellaterra.
- Instituto Municipal de Investigación y Planeación Urbana de Mexicali. (2022). *Programa de desarrollo urbano de centro de población de Mexicali 2025*. XVIII Ayuntamiento de Mexicali; Secretaría de Desarrollo Social; Secretaría de Desarrollo Urbano e Infraestructura del Estado. <https://www.mexicali.gob.mx/24/pdf/AdministracionUrbana/pduc2025.pdf>
- International AIDS Society (IAS). (2019). *Las mujeres que se inyectan drogas: visibles pero olvidadas*. Consultado el 5 de octubre de 2020: [https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019\\_IAS\\_Brief\\_Women\\_who\\_inject\\_drugs\\_ES.pdf](https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019_IAS_Brief_Women_who_inject_drugs_ES.pdf)
- Jiménez, M. y Guzmán, R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio-Legal Series*, 2(6), 77-96. <https://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/137/35>
- Kensy, J., Stengal, C., Nougier, M. y Birgin, R. (2012). Drug policy and women: Addressing the negative consequences of harmful drug control. *International Drug Policy Consortium*, 1-21. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2186004>
- Lanzagorta, J. (2020). La conquista de la Glorieta de Insurgentes de la Ciudad de México: lo abyecto en los procesos de gentrificación. *Revista de Estudios Mexicanos*, 36, 192-215.
- Markez, I. (1997). Drogas y debates: ¿monopolio del discurso adictivo? (A fin de no psiquiatrizarse la dependencia). En X. Arana e I. Markez (Eds.), *Los agentes sociales ante las drogas* (pp. 19-50). Dykinson.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva*, 8(1), 185-207. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
- Menéndez, E. L. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En L. Citarella y A. Zangari (Eds.), *Yachay Tinkuy: Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 87-126). Gente Común.
- Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8(1), 9-24.
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104-113.
- Menéndez, E. L. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Universidad Nacional de Lanús. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/8/19/38-2>
- Ospina-Escobar, A. (2020). Violencia sexual y reproductiva hacia mujeres que se inyectan drogas en la frontera norte de México. ¿La frontera de los derechos? *Revista Cultura y Droga*, 25(30), 114-143. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.30.6>

- Ospina-Escobar, A. (2023). Cuerpos violables, cuerpos descartables: mujeres que se inyectan drogas y prohibicionismo en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 9, 1-38. <https://doi.org/10.24201/reg.v9i1.1018>
- Ospina-Escobar, A. y Juárez, F. (2019). Gender matters? How does gender shape risk environment syringe sharing among people who inject drugs in northern Mexico. Results from a cross-sectional survey. *Salud Mental*, 42(4), 165-172. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.022>
- Osuna, M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: una exploración de las voces femeninas y el estigma social. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24, 1-17.
- Ovalle, L. P. (2009). *Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali*. Universidad Autónoma de Baja California; Universidad Pedagógica Nacional.
- Perusset, M. (2018). Cultura de los cuidados: la influencia de los estereotipos de género en la cotidianidad de la salud. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, 27, 52-58. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i27.7058>
- Pinkham, S. y Malinowska, K. (2008). Women, harm reduction and HIV. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 168-181. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31345-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31345-7)
- Recomendación 5 de 2022 [Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California]. Detenciones arbitrarias e internación involuntaria en centros de tratamiento para la drogodependencia, derivadas del Plan Maestro de Reactivación del Centro Histórico en Mexicali. 29 de diciembre de 2022. [https://derechoshumanosbc.org/wp-content/uploads/2023/01/RECOMENDACION-05\\_2022.pdf](https://derechoshumanosbc.org/wp-content/uploads/2023/01/RECOMENDACION-05_2022.pdf)
- Reséndiz Rivera, N. E. (2016). Violencia cotidiana, marginación, limpieza social y pandillas en Guatemala. *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 18, 111-127. <http://dx.doi.org/10.17141/urvio.19.2016.2414>
- Roberts, A., Mathers, B. y Degenhardt, L. (2010). *Women who inject drugs: A review of their risks, experiences and needs*. National Drug and Alcohol Research Centre. <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Women%20who%20inject%20drugs.pdf>
- Romo Avilés, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272. [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3\\_ed.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_ed.pdf)
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Samaniego, M. (2018). Tijuana, una ciudad en constante proceso de gentrificación. *Urbis Boletín Científico Sapiens Research*, 8(1), 117-128.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-64). Gedisa.