

Cuicuilco

Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia

NUEVA ÉPOCA, VOLUMEN 17, NÚMERO 49, JULIO-DICIEMBRE, 2010



Antropología médica

ISSN: 1405-7778

Cuicuilco

Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia

NUEVA ÉPOCA, VOLUMEN 17, NÚMERO 49, JULIO-DICIEMBRE, 2010

Antropología médica

ÍNDICE

| | |
|---|---|
| Presentación | 5 |
| La antropología de la medicina en España y México: algunas miradas | |
| Nelson E. Álvarez Licona | |
| Oriol Romaní | |

DOSSIER

| | |
|--|-----|
| • Los pros y los contras del uso de la marihuana | 13 |
| Cleva Villanueva | |
| • ¿Se debe criminalizar el uso de drogas ilegales? | 31 |
| Nelson E. Álvarez Licona | |
| • Discriminación, discurso y SIDA | 43 |
| María de la Luz Sevilla González | |
| • Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones | 61 |
| Luis Berruecos Villalobos | |
| • Adicciones, drogodependencias y “problema de la droga” en España: La construcción de un problema social | 83 |
| Oriol Romaní | |
| • Miseria y exclusión, dependencia y explotación, los yonquis de los años 2000 | 103 |
| Gabrielle Leflaive | |
| • Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/ atención en migrantes senegaleses de Barcelona | 139 |
| Alejandro Goldberg | |

- Estudio antropológico en torno a la prostitución 157
Elvira Villa Camarma

MISCELÁNEA

- Sífilis venérea: realidad patológica, discurso médico y construcción social. Siglo XVI 183
Erika Gretchen Almady Sánchez
- “Vacunas sí, pero planificación familiar no”. Representaciones sociales sobre grupos domésticos triquis de la Ciudad de México 199
Zuanilda Mendoza González
- “Las lógicas del no-reconocimiento y la lucha cotidiana de las migrantes zapotecas en Estados Unidos. Breve etnografía del servicio doméstico 221
Alejandra Aquino Moreschi
- *Joyas o indios vestidos de mujer en la Alta California colonial: reflexiones sobre la identidad de género* 243
Mario Alberto G. Magaña Mancillas
Raúl Balbuena Bello
- Religión y construcción simbólica de territorios identitarios urbanos en la ciudad de Guadalajara: El Bethel y Santa Cecilia 261
Daniel Solís Domínguez

RESEÑA

- Alfonso Fabila: el apóstol indigenista, redivivo 285
Hilario Topete Lara

PRESENTACIÓN

La antropología de la medicina en España y México: algunas miradas

Nelson E. Alvarez Licona

Instituto Politécnico Nacional, México

Oriol Romaní

Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, España

Con “algunas miradas”, nuestro recorrido por algunas referencias históricas de la antropología en las instituciones en donde surgen estos trabajos y la semblanza de los artículos que integran este dossier se inicia en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Esta escuela fue creada desde la reflexión antropológica, disciplina que desde su origen forma parte de los contenidos en la formación de los médicos egresados de esta institución. La Escuela Superior de Medicina se inauguró en 1935 por iniciativa del entonces presidente Lázaro Cárdenas. Cuando se presentó el problema de la ampliación de la pequeña y modesta Escuela de Bacteriología, creada previamente en la Universidad Obrera, Miguel Othón de Mendiábal propone la idea de fundar en el seno del IPN una Escuela de Medicina Rural, que fue creada como Departamento en la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, junto con el Departamento de Antropología del que saldrá la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH).

En 1938, en el 2º Congreso Nacional de Higiene Rural, realizado en San Luis Potosí el 20 de noviembre de 1938, aniversario de la Revolución, organizado por la Secretaría de Educación, se impulsó la creación de la Escuela Superior de Medicina Rural. En esos años, la Escuela de Ciencias Biológicas estaba dirigida por el doctor Gerardo Varela, quien era también un defensor del plan de medicina rural y se acordó que se llevara al Congreso como ponencia de la Escuela de Ciencias Biológicas y como bandera del Instituto Politécnico Nacional la ponencia “Propuesta de la creación de la Escuela de Medicina Rural”. Sosteniendo la tesis de que la población rural de la nación, que abarcaba las dos terceras partes del total del país, debía contar con médicos propios, educados y preparados para servirla.

Para el Congreso, Mendizábal preparó un estudio sobre estadísticas de mortalidad en la República, con mayor énfasis en el medio rural, abarcando un periodo de diez años, además de un estudio cartográfico de distribución geográfica de los médicos en la República mexicana. En la ponencia presentada, se mostraba en forma incontrovertible que cerca de doce millones de habitantes de México (de una población de 18 852 086 en el año de 1936), que vivían en el área rural, eran atendidos solamente por curanderos, yerberos, hechiceros, etcétera. Y que habiendo 4 mil médicos universitarios en el país, éstos atendían sólo en áreas urbanas. Se habló también de las condiciones del medio rural y que era indispensable cambiar ese medio y mejorarlo. Con estos trabajos, Mendizábal mostró que la Revolución sólo podría salvarse si atendía la solución de la salubridad, el saneamiento, el aprovisionamiento de agua, la lucha contra las enfermedades y la dotación de un servicio médico científico.

En 1945, la Escuela de Medicina Rural cambia de sede a edificios del Casco de Santo Tomás. En 1965 cambió su nombre por Escuela Superior de Medicina, debido al prejuicio que vivían sus egresados por provenir de una escuela que dentro de su nombre especifica su carácter rural, por lo que se objetaba que sus egresados tuvieran competencia en el medio urbano, y debido también a la necesidad de actualizar los nuevos perfiles de atención a la salud que plantean los nuevos tiempos, lo que no implicó un cambio en la formación de profesionales de la salud comprometidos con los grupos vulnerables. El estudio de la antropología médica y la investigación en antropología han estado presentes en la Escuela Superior de Medicina del IPN desde su creación y forman parte en el diseño de los perfiles de egreso de sus estudiantes.

En el dossier que ahora tiene en sus manos, nos encontramos una reflexión desde los márgenes, como lo llama Oriol Romai, quien describe las aportaciones de “antropólogas y antropólogos que son representativas de las nuevas generaciones que en este momento están ampliando y consolidando la práctica de la antropología de la medicina en España. Evidentemente, si en el título hemos mencionado lo de “algunas miradas” es porque, como acabamos de afirmar, estas aportaciones pueden ser significativas y no agotan los diferentes temas y enfoques que, de manera muy plural, pueblan hoy el campo de esta especialización antropológica en España: los estudios de género, las etnografías hospitalarias, las relaciones entre religión y medicina, las relaciones entre distintos tipos de sistemas médicos, los estudios de poblaciones específicas, como jóvenes y ancianos, los estudios sobre salud mental y psiquiatría transcultural, los análisis de las nuevas tecnologías reproductivas, entre otros, están contribuyendo al desarrollo de un campo al que se le reconoce ya plena legitimidad científica.

No se analizará la situación de la antropología de la medicina a nivel internacional, actualmente consolidada, sino que se harán unas breves referencias a su desarrollo en España, para situar al lector ante los siguientes trabajos. Más allá de algunos antecedentes ilustres, como el de Laín Entralgo, que podemos enmarcar más propiamente dentro del campo de la reflexión filosófica, o algunos trabajos de Caro Baroja, podemos empezar a hablar de la existencia de esta especialización dentro de la antropología social y cultural a partir de inicios de los ochenta, con la publicación de un libro colectivo sobre *La antropología médica en España*,¹ y cuando en la Universidad de Tarragona, entonces todavía una delegación de la de Barcelona, se celebraron en septiembre de 1982 las *Primeres Jornades d'Antropologia de la Medicina*, impulsadas por Josep Ma. Comelles que, además de hacer interesantes aportaciones teóricas a la misma, ha sido el gran animador de la antropología de la medicina en España.

Desde mediados de la década de los ochenta a la de los noventa del pasado siglo, este campo empezó a tener su presencia en los Congresos de Antropología del Estado Español y en reuniones celebrados en distintos puntos de su geografía (Madrid, País Vasco, Barcelona, Zaragoza, Andalucía...) hasta que tuvo su institucionalización académica en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, ya independiente de la de Barcelona, cuando en 1994 se inauguró el *I Máster de Antropología de la Medicina*, uno de los dos únicos existentes en aquel momento en toda Europa, junto con el de Brunel (Inglaterra), y al que pocos años después se sumaría el doctorado del mismo título. Dicho Master marcó quienes eran nuestros maestros, pues la programación inicial de éste la preparamos bajo la batuta del conocimiento y la experiencia de Lluís Mallart, que desarrolló toda su carrera académica en la Universidad de Nanterre, hasta que se avino a compartir con nosotros, en la Rovira i Virgili, sus últimos años de vida activa antes de la jubilación. Contamos también con las orientaciones y la participación de Tullio Sepilli, catedrático de Perugia, donde existía una potente escuela de antropología médica, y también con las de Eduardo Menéndez, del CIESAS, donde está el núcleo más potente de la antropología médica mexicana y que ha sido, sin duda, nuestra influencia más decisiva y persistente. Asimismo, el Master, reconociendo la importancia de las aportaciones anglosajonas a los estudios socioculturales de la salud y la enfermedad, focalizó en sus inicios una orientación latina, precisamente a partir del eje México-Nanterre-Perugia-Tarragona, que permitió criticar y renovar enfoques y planteamientos más adaptados a nuestros contextos

¹ Kenny, M. y De Miguel, J. [Eds.], *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, 1980.

culturales, sacándole provecho de este modo a cierta marginalidad de las antropologías latinas respecto a las corrientes hegemónicas de la antropología mundial. Desde entonces, las materias relacionadas con la antropología de la medicina se han ido incorporando a diversos estudios, aunque siempre con el raquitismo institucional que caracteriza la antropología española (una muestra del cual es que, a pesar de la gran producción existente en este campo,² todavía no se tiene una publicación estable), y en estos momentos existe además la REDAM, una red virtual de los investigadores españoles a través de la que, entre otras cosas, se organizan coloquios bianuales, y la red europea *Medical Anthropology at Home*, que ha celebrado sus primeros encuentros en Amsterdam (1998), Tarragona (2001) y Perugia (2003), y más tarde en Finlandia (2005), Dinamarca (2008) y Francia (2010).

Hasta aquí el contexto del cual surgen los artículos que ahora presentamos; nos ilustra ya bastante sobre la fertilidad que, en determinadas condiciones históricas, se puede extraer de los márgenes: en relación con disciplinas, jerarquías y escuelas académicas. Pero el asunto no termina aquí, como se verá a partir de la lectura de estos materiales que, moviéndose en torno a un elemento común, como es el estudio de grupos marginales respecto al poder en la sociedad, nos muestran aproximaciones y análisis bastante diversos.

Los artículos que componen el dossier son los siguientes:

En “Los pros y los contras del uso de la mariguana”, Cleve Villanueva aborda en su trabajo lo paradójico de los efectos de esta droga. Por una parte puede dar lugar, dependiendo de la cantidad, a efectos tóxicos y, por otra, puede emplearse como agente terapéutico. En este último aspecto, el artículo señala que el único efecto probado fehacientemente es para inhibir la náusea y el vómito en pacientes que reciben quimioterapia contra el cáncer y en pacientes con SIDA, quienes se benefician al mejorar su alimentación y evitar la pérdida de peso que en ambas condiciones conlleva la disminución de su defensa inmunológica. Hay muchas otras condiciones en donde se ha probado la mariguana pero falta consolidar la evidencia.

En el artículo “¿Se debe criminalizar el uso de drogas ilegales?”, Nelson Alvarez presenta una serie de argumentos en los cuales basa la propuesta hecha ya en muchos foros y por muy distintas personas, sobre la despenalización del consumo de drogas ilegales, ya que las políticas prohibicionistas basadas en el modelo de lucha contra las drogas impulsado por el gobierno de Estados Unidos ha mostrado, además de su fracaso, las condiciones

² V. al respecto la compilación bibliográfica realizada por Perdiguero, E., Comelles, J.M. y Erkoreka, A., “Cuarenta años de antropología de la medicina en España [1960- 2000]”, en el libro de E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra.

injustas e incluso brutales a las que se somete a los consumidores de las llamadas drogas ilegales.

El artículo de María de la Luz Sevilla “Discriminación, discurso y SIDA”, en su primera parte realiza un recorrido histórico a través de distintas enfermedades estigmatizadas, desde la lepra en el siglo XIII, hasta llegar a la enfermedad del SIDA, donde la autora encuentra semejanzas en el discurso estigmatizador de estas enfermedades, al igual que con el cáncer. En la segunda parte hace una reflexión sobre la pluralidad y los elementos discursivos que están en juego en el discurso cotidiano del afectado por el VIH, quien ha sufrido la estigmatización, la homofobia, el rechazo y la marginación por quienes no aceptan la existencia de la diversidad.

En “Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones”, Luis Berruecos aborda el problema de las definiciones sobre el tema del consumo de drogas, la modificación de su incidencia y prevalencia, para plantear el problema de la tipología de las drogas. Desde la antropología, plantea una explicación sobre los factores que motivan el consumo, así como las formas y maneras del uso y abuso del consumo de drogas.

El trabajo “Adicciones, drogodependencias y “problema de la droga” en España: la construcción de un problema social”, Oriol Romaní presenta tanto el marco histórico, que permite entender el desarrollo de ciertos usos de drogas, básicamente la heroína, entre los años 1975-1995, como un modelo de análisis que, además de ser útil para explicar el fenómeno de las drogodependencias en particular, lo es también para detectar elementos clave en la construcción de un problema social.

Gabrielle Leflaive, a través de una ejemplar aproximación etnográfica y una interesante finura analítica, en su trabajo “Miseria y exclusión, dependencia y explotación, los yonquis de los años 2000”, nos pone al descubierto tanto unas realidades que las opulentas sociedades europeas quisieran ocultar como mecanismos básicos de dominación, que pasan por la explotación económica, pero también por la dependencia biopsicológica y social mediatizadas por sustancias como la heroína o la cocaína.

“Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona”, de Alejandro Goldberg, se centra en el seguimiento de procesos migratorios y sus relaciones con la salud-enfermedad-atención a través del estudio de un grupo de senegaleses en Barcelona, en el cual se destaca que sus problemas decisivos en el campo de la salud no provienen del supuesto “exotismo” de sus padecimientos, sino, sobre todo, de las difíciles condiciones de trabajo y de vida en que los sitúa su actual condición de inmigrantes en una sociedad europea.

Elvira Villa capta las complejidades y contradicciones de las distintas corrientes teóricas y sus relaciones con los planteamientos legales y las posiciones políticas sobre un tema en absoluto resuelto en la organización de nuestras sociedades, en su artículo “Estudio antropológico en torno a la prostitución”, que es sobre todo una valiosa aportación a la crítica del discurso, teórico y social, a través del análisis de las distintas posiciones existentes acerca de la prostitución.

Mediante los artículos que se presentan, nos encontramos con “algunas miradas” de la antropología médica desde México y España, que muestran trabajos realizados en contextos académicos donde la reflexión acerca de este tema gira en torno a los grupos vulnerables; pero más allá de mirar desde los márgenes, se trata, en todo caso, de ver desde una metodología de análisis en el que se fundamenta el trabajo científico en todas las áreas del conocimiento.

DOSSIER

Los pros y los contras del uso de la marihuana

Cleiva Villanueva

Escuela Superior de Medicina

Instituto Politécnico Nacional

RESUMEN: *La marihuana es la droga más usada en todo el mundo. El presente estudio analiza los efectos de los fitocannabinoides (contenidos en la marihuana) y de los cannabinoides endógenos (producidos en el organismo). Se evalúan las posibilidades terapéuticas destacando el efecto antiemético (único uso aceptado). Al final se emite una opinión sobre la legalización basada en los efectos permanentes que produce y que están asociados al uso en edad temprana.*

ABSTRACT: *The present study analyses the effects of the phytocannabinoids (chemical components of marijuana) and endogenous cannabinoids (produced by the organism). Evaluation of the therapeutic possibilities establishes that the antiemetic effect is the only one that has been accepted. An opinion regarding the legalization of marijuana is formulated based on its permanent effects, which are related to its usage at an early age.*

PALABRAS CLAVE: *Marihuana, cannabinoides, dependencia física, adicción, legalización.*

KEYWORDS: *Marijuana, cannabinoids, physical dependence, addiction, legalization.*

1. INTRODUCCIÓN

Aparentemente, el uso de la marihuana se inició hace 4 mil años [Grotenhermen, 2005]. La marihuana pertenece a la familia *Cannabaceae*, que incluye al género *Cannabis*, cuyo nombre deriva del Persa *kannab* (cáñamo). El género de plantas *Cannabis* incluye tres grupos, la *Cannabis sativa*, la *Cannabis indica* y la *Cannabis ruderalis*, que difieren en su tamaño y componentes químicos. Estas plantas son originarias de Asia. Debido a que de ellas se obtiene el cáñamo, la *Cannabis sativa* (la de mayor rendimiento de cáñamo) fue introducida en América por los conquistadores españoles. Es precisamente la *Cannabis sativa* la conocida como marihuana.

A la marihuana se le atribuyen diversos efectos que van desde mágicos hasta terapéuticos. De manera arbitraria se ha prohibido el uso de la marihuana y no el del alcohol, el tabaco o el café, que, al igual que la marihuana, producen adicción y en exceso dañan la salud. En Estados Unidos, la prohibición de marihuana fue posterior a la del opio. En ese país el opio se prohibió en 1875 como parte del “sentimiento anti-chino”; posteriormente, en 1907 se prohibieron el opio, la morfina y la cocaína limitando su uso a la prescripción médica. Fue en 1913 que se prohibió en Estados Unidos el uso de las plantas *Cannabis* que provenían de Medio Oriente y Asia. Se dice que fue entonces cuando se inició la introducción de marihuana desde México [Gieringer, 2006].

La marihuana contiene al menos 60 cannabinoides. En los 40 se caracterizó la estructura química de los cannabinoides, de los que el principal es el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (DTHC) [Grotenhermen, 2005]. Cuatro décadas después se supo que el organismo produce cannabinoides. Para evitar confusiones se ha sugerido aplicar el término de fitocannabinoides a los que se encuentran en la marihuana y de endocannabinoides a los que sintetiza el organismo [Pertwee, 2005], además de los cannabinoides sintéticos, que son los que se fabrican.

2. ENDOCANABINOIDES

La caracterización química del DTHC en la marihuana condujo a experimentos muy interesantes en los que, tratando de estudiar el sitio y mecanismos de acción de los cannabinoides, se incubaron rebanadas de ratón con DTHC marcado con radioactividad [Cabral y Staab, 2005]. De esa forma se supo que existían receptores para los cannabinoides. En una secuencia experimental muy rápida se identificaron los receptores y el mecanismo de acción. Hasta la fecha se conocen dos tipos de receptores a los cuales se les denominó “CB” por cannabinoide, el CB1 que se encuentra en el sistema nervioso central y periférico, y también en médula ósea, corazón, pulmón, glándula suprarrenal, próstata, testículos, timo, amígdalas y bazo [Cabral y Staab, 2005]. El CB2 (segundo en descubrirse) se encuentra en el sistema inmune, incluyendo linfocitos B, macrófagos, monocitos, células “Natural Killer” y linfocitos T [Cabral y Staab, 2005].

Obviamente, los receptores no estaban ahí para enlazar a los cannabinoides de la marihuana, sino para enlazar moléculas que el organismo produce. El que la secuencia del ADN que codifica a los receptores cannabinoides de la rata fuera parecida a la del humano en 97.3% sugirió que los ligandos endógenos debían ser moléculas altamente conservadas a lo largo de la

evolución [Devane *et al.*, 1992]. En un experimento muy ingenioso, Devane [Devane *et al.*, 1992] mezcló extractos de cerebro de cerdo con un canabinoide sintético radioactivo. Después, los extractos que habían ligado al canabinoide fueron purificados por cromatografía de capa fina, aislándose un compuesto que Devane denominó “anandamida”, combinando la palabra “ananda” (del sánscrito placer) con la parte de la estructura del compuesto (araquidoniletanolamida), este fue el primer endocanabinoide que se aisló [Devane *et al.*, 1992].

Hasta ahora se conocen cinco endocanabinoides [Cota *et al.*, 2006]:

1. Anandamida, se une tanto a los receptores CB1 como a los CB2.
2. 2-araquidinoilglicerol. El más eficaz de los endocanabinoides, se une a los receptores CB1 y CB2.
3. Éter de noladina, agonista del receptor CB1.
4. Virodamina, se une a receptores CB1 y CB2.
5. N-araquidonoidopamina, se une al receptor CB1.

Después de conocer los endocanabinoides, fue posible sintetizar agonistas (sustancias que tienen el mismo efecto que el endocanabinoide) o antagonistas (sustancias que bloquean el efecto del endocanabinoide), con lo que se pudieron dilucidar los efectos en cada receptor y con ello postular la posible aplicación clínica tanto de agonistas como de antagonistas.

Uno de los efectos que llamó mucho la atención y que se conocía desde hace mucho tiempo fue el de la regulación del apetito. Se sabía que la marihuana estimulaba la ingesta de alimentos dulces y “sabrosos” (comida rápida y alta en grasa), lo que sugirió la participación del sistema canabinoide endógeno en la ingesta placentera de alimentos [Cota *et al.*, 2006]. El dronabinol (canabinoide sintético homólogo al DTHC), un agonista canabinoide, administrado en dosis bajas (2.5 mg, cada 12 h, durante 7 meses) ayudó a ganar peso y estabilizarlo en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se ha observado que este compuesto también estimula el apetito en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia y se ha postulado que podría ser un tratamiento paliativo en pacientes con anorexia nervosa o Alzheimer, aunque en el caso del SIDA y de la quimioterapia antineoplásica, parte de los efectos se deben a la inhibición de la náusea [Fride *et al.*, 2005].

La “recompensa” y la motivación son fenómenos que se han estudiado ampliamente en la drogadicción. Sus mecanismos de producción (vías neuronales y neuromediadores) se han relacionado con la adicción a la comida. En efecto, la ingesta de alimento y el uso de drogas se caracterizan por hábitos aprendidos y preferencias que se adquieren y se imprimen en el cerebro

a través de refuerzos en la conducta de “búsqueda de recompensa”. Los circuitos cerebrales asociados con el placer, como recompensa natural de la ingesta de alimento y sexo se han relacionado también con los fenómenos que se presentan en la drogadicción (tolerancia, dependencia física y recaídas) [Cota *et al.*, 2006; Lupica *et al.*, 2004]. Entre los muchos mediadores que participan en las funciones de esos circuitos se encuentran neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y los opioides endógenos (sustancias que libera el organismo y que se parecen a la morfina) [Cota *et al.*, 2006; Garfield y Heisler 2009; Rothman *et al.*, 2008]. Los ratones genéticamente deficientes en dopamina, por ejemplo, mueren de inanición, si a estos animales se les administra dopamina en una región cerebral llamada núcleo caudado, los animales comen y ganan peso; si la administración se hace en el núcleo acumbens, los ratones prefieren los alimentos dulces [Cota *et al.*, 2006]. Los pacientes con anorexia nervosa presentan aumento de la catecolometiltransferasa, enzima que degrada la dopamina [Cota *et al.*, 2006]. En el caso de la serotonina, la relación entre la ingesta de alimentos y la disponibilidad de serotonina en ciertas regiones cerebrales es inversa. De tal manera que se han diseñado fármacos que aumentan la serotonina y disminuyen el apetito; sin embargo, como la serotonina tiene otras funciones en el organismo, estos fármacos han tenido que retirarse del mercado por sus efectos colaterales (sobre todo cardiovasculares) [Garfield y Heisler, 2009]. De manera interesante, se ha demostrado que los roedores pueden hacerse adictos al azúcar y que en esa adicción participan tanto los opioides endógenos, como la dopamina [Avena *et al.*, 2008a y b].

Se ha demostrado que las neuronas dopaminérgicas (las que liberan dopamina) expresan receptores CB1 que co-localizan con los receptores dopaminérgicos D1 y D2. Se presume que los endocannabinoides estimulan la liberación de dopamina en ese tipo de neuronas a través de la activación de circuitos opioides [Cota *et al.*, 2006]. La participación de los receptores CB1 en la ingesta de alimentos se demuestra con el hecho de que la administración crónica de DTHC en ratas aumenta el consumo de alimentos dulces y grasos llevando la ingesta más allá de la saciedad. Esto se bloquea con antagonistas CB1 que se han sintetizado recientemente. La administración de este antagonista hace que disminuya el peso en animales que espontáneamente son obesos. Además los ratones en los que se ha bloqueado el gen que codifica el receptor CB1 (“Knock out” a CB1) sufren de inanición con bajo peso corporal, disminución de la grasa y disminución de la ingesta de alimentos (hipofagia) [Cota *et al.*, 2006].

Con todos estos antecedentes se diseñaron múltiples estudios en los que se demostró que el bloqueo del receptor CB1 hacía que disminuyera la in-

gesta de alimentos y se perdiera peso, lo cual llevó a la conclusión lógica de diseñar una estrategia para el control de peso en el paciente obeso. Fue así como se diseñó el medicamento rimonabant, antagonista del receptor CB1 que prometía ser un tratamiento muy efectivo en pacientes con sobrepeso. En múltiples estudios preclínicos se demostró la eficacia del rimonabant. Por ejemplo, en ratones hechos obesos a través de una dieta rica en sacarosa (modelo experimental que semeja la sintomatología del síndrome metabólico) se observó que el rimonabant no sólo disminuía el peso corporal, sino que reducía la grasa visceral y la oxidación de lípidos (condiciones asociadas con el hígado graso y las hiperlipidemias del paciente obeso) [Jourdan *et al.*, 2010].

A pesar de todos los estudios preclínicos y algunos ensayos clínicos favorables, el rimonabant no fue aceptado para su venta en Estados Unidos y, después de haber sido aceptado en la Comunidad Económica Europea, fue sacado del mercado. El motivo del rechazo del rimonabant fue la alta incidencia de efectos psiquiátricos. Se observó que en los estudios clínicos realizados, a pesar de excluir a los pacientes con depresión, el rimonabant producía depresión y ansiedad y aumentaba la tasa de suicidio [Christensen *et al.*, 2007]. Estos resultados, por una parte, confirman que los endocannabinoides participan en la conformación de la salud mental y que el receptor CB1 está en el organismo para ligar a los endocannabinoides y su bloqueo pone en riesgo la integridad mental del ser humano.

3. FITOCANABINOIDES. EFECTOS DE LA MARIGUANA

Como se menciona en la introducción, la marihuana tiene al menos 60 fitocannabinoides, de los cuales el mejor caracterizado, tanto desde el punto de vista químico como de sus efectos, es el DTHC.

3.1. Efectos en el sistema nervioso central

La marihuana es la droga recreativa más usada en el mundo. En 2007 se publicó que 160 millones de personas de entre 15 y 64 años habían usado marihuana en 2006 [Smith *et al.*, 2010]. Los efectos en el sistema nervioso central (SNC) dependen de la dosis y la vía de administración, así como de la edad, expectativas, salud mental y salud física del usuario. Debido a los prejuicios y la disponibilidad, la marihuana es generalmente la primera droga recreativa que se usa, lo que facilita el uso posterior de otras drogas. Por esto se le conoce como la droga “gancho”. Generalmente, los efectos que se tienen la primera vez que se utiliza influyen en el uso posterior. Se desconocen los factores personales o ambientales que influyen en sus efectos en el SNC, sólo

se sabe que dependen de la dosis y vía de administración. La vía de administración más común es la inhalatoria porque es con la que los efectos se presentan más rápido [Hall y Degenhardt, 2009]. Los efectos aparecen aproximadamente a los 30 minutos de fumarla, duran 1 a 2 horas e incluyen (no en todos los usuarios) euforia, distorsión en la percepción visual y auditiva, aumento del apetito, disminución o aumento de la náusea, hilaridad, ansiedad o relajación [Hall y Degenhardt, 2009]. En algunos reportes se menciona que la marihuana produce analgesia y que puede ayudar en el tratamiento de las crisis epilépticas [Correa *et al.*, 2005]. La aplicación terapéutica de la marihuana se ha basado en algunos de estos efectos.

Los efectos en el SNC se atribuyen al receptor CB1 (ver arriba) que se encuentra distribuido en las áreas cerebrales relacionadas con la toma de decisiones, solución de problemas, atención, flexibilidad cognitiva, respuestas inhibitorias, memoria de trabajo y memoria espacial [Smith *et al.*, 2010].

Hay controversia acerca de si la marihuana es tóxica para las neuronas o si las protege. La mayoría de los investigadores han reportado efectos tóxicos, mientras que algunos observaron protección [Downer y Campbell, 2010]. Quizás influya la dosis de administración, la cronicidad de su uso, el estado de madurez neuronal, las condiciones fisiológicas y patológicas, así como la localización de las neuronas [Downer y Campbell, 2010; Reece, 2009] y el genoma neuronal.

El uso crónico de altas concentraciones de marihuana se ha asociado con la aparición y agravamiento de alteraciones psiquiátricas, como psicosis, esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar [Reece, 2009]. En estudios forenses se observó que los casos más violentos de muerte por suicidio en accidentes automovilísticos se asociaron con el uso de marihuana [Reece, 2009]. El uso crónico de marihuana también se ha asociado con alteraciones cognitivas, como disminución de la memoria y falta de concentración [Reece, 2009].

3.2. Adicción y dependencia física

Antes de iniciar esta parte del análisis es importante explicar los conceptos “adicción” y “dependencia física” debido a que a veces se toman como sinónimos cuando en realidad son fenómenos diferentes. Adicción es la conducta compulsiva que se caracteriza por la búsqueda de la droga motivada por el deseo de usarla. La marihuana produce adicción que, aunque no es tan severa como la producida por otras drogas (*v.g.* cocaína), refuerza su uso. La dependencia física es el evento en el que el organismo se “adapta” a la presencia de la droga, de tal manera que al suspenderla se presentan reacciones (signos y síntomas) que no dependen de la voluntad del usuario; a estas reacciones se les conoce como “síndrome de abstinencia” y, de-

pendiendo de la droga, puede ser más o menos severo. En algún tiempo se pensó que la marihuana producía adicción pero no dependencia física; ahora se sabe que produce ambos fenómenos, aunque se presentan de manera menos intensa que con otras drogas [Budney *et al.*, 2007]. Tratando de explicar la diferencia entre adicción y dependencia física se puede tomar como ejemplo la cafeína (droga lícitamente permitida). A una persona puede gustarle tomar café y todas las mañanas buscar no sólo tomarlo sino la oportunidad de tomar el que más le guste; esto es la adicción. Si esa persona toma diariamente cierta cantidad de café, el día en que no lo toma puede sentirse adormilada, de mal humor o incluso tener dolor de cabeza; este es un ejemplo de dependencia física.

De los usuarios de marihuana que entran a algún programa de tratamiento, 90% reincide por el deseo de usarla (conducta de búsqueda) y/o para evitar el síndrome de abstinencia [Cooper y Haney, 2008; Filbey *et al.*, 2009]. El deseo de usar la marihuana y la conducta de búsqueda caracterizan la adicción; es decir, la marihuana *sí* produce adicción. En un estudio realizado en 38 personas que cotidianamente usaban marihuana se observó, a través de resonancia magnética funcional, que después de un periodo de abstinencia de 72 horas, las áreas cerebrales relacionadas con el condicionamiento de placer y recompensa (área tegmental ventral, tálamo, ínsula, amígdala y región cingulada anterior) se activaban luego de tocar la marihuana (sólo tocarla, sin fumarla) [Filbey *et al.*, 2009]. Este experimento evidencia fehacientemente la adicción por marihuana.

El síndrome de abstinencia de la marihuana consiste en irritabilidad, alteraciones del sueño y conducta de búsqueda de la droga [Cooper y Haney, 2008]. La presencia del síndrome de abstinencia ante la suspensión de marihuana es la evidencia de que causa dependencia. En experimentos realizados en animales (perros, ratones, ratas), se ha observado que la suspensión de la administración endovenosa de DTHC produce síndrome de abstinencia caracterizado por temblor, diarrea, estornudos, piloerección, ptosis. Estos signos desaparecen cuando se vuelve a administrar el DTHC y reaparecen si se da un antagonista del receptor CB1. Estos experimentos demuestran que hay dependencia física y que está mediada por el receptor CB1 [Cooper y Haney, 2008].

Debido a la vida media larga del DTHC, el síndrome de abstinencia de la marihuana en el humano se presenta en forma tardía (manifestación máxima después de varios días de suspenderla), lo que hace que el usuario no lo asocie con la marihuana y no busque tratamiento [Cooper y Haney, 2008].

La marihuana también produce tolerancia, fenómeno en el que es necesario aumentar la dosis para mantener los mismos efectos. Al igual que en

la adicción y en la dependencia [Cooper y Haney, 2008], la tolerancia a la marihuana está mediada por los receptores CB1 [Martin *et al.*, 2004].

3.3. Efectos en el aparato respiratorio

La inhalación crónica de marihuana produce inflamación y bronquitis. No se ha observado asociación con enfisema, pero sí con cáncer pulmonar [Reece, 2009].

3.4. Efectos cardiovasculares

Estos efectos dependen de la dosis y la cronicidad del uso. En algunos reportes se habla de vasodilatación de corta duración. Sin embargo, la mayor parte de las publicaciones asocian a la marihuana con infarto en diferentes órganos. En un estudio realizado en Estados Unidos en 1 913 personas, se observó que el uso semanal de marihuana se asociaba con infarto de miocardio [Reece, 2009].

3.5. Hueso

El consumo crónico y excesivo de marihuana se ha asociada a pérdida ósea a través de su acción en el receptor CB1. Paradójicamente, la estimulación del receptor CB2 se asoció a crecimiento óseo al bloquear la acción de los osteoclastos y estimular la de los osteoblastos [Reece, 2009].

3.6. Sistema inmunitario

Los receptores CB2 se encuentran distribuidos ampliamente en células del sistema inmunitario. La localización de los receptores CB2, en orden descendente de concentración, es leucocitos, células B, células "Natural Killer" (NK), monocitos, neutrófilos, células T8 y células T4 [Correa *et al.*, 2005]. En general se dice que la marihuana deprime la respuesta inmunitaria a través de los receptores CB2 [Correa *et al.*, 2005]. Resulta interesante no sólo que haya células del sistema inmunitario que respondan a la marihuana sino que, además, algunas de ellas (como los macrófagos y las células dendríticas) producen anandamida y 2-araquidonilglicerol (endocannabinoides), de tal manera que la respuesta inmunitaria podría modularse, al menos en parte, a través de retroalimentación endógena de tipo endocanabinoide [Correa *et al.*, 2005].

4. USO MÉDICO DE LA MARIHUANA

Inicialmente en forma empírica y después experimentalmente se ha evidenciado que la marihuana y, por ende, el DTHC tienen efectos que pueden utilizarse en la medicina [Ben Amar, 2006]. Debido a esto, hasta 2006 la marihuana

había sido legalizada sólo para uso médico con fines terapéuticos en varios estados de Estados Unidos, incluyendo Alaska, Arizona, California, Colorado, Hawai, Maine, Montana, Nevada, Oregon, Vermont y Washington [Burns e Ineck, 2006]. Recientemente, esta legalización se extendió a Rhode Island, Nuevo México, Michigan y Nueva Jersey [Hoffmann y Weber, 2010].

4.1 *Antiemético*

Uno de los usos médicos más conocidos de la marihuana es la inhibición de la náusea y el vómito en pacientes que reciben quimioterapia anticancerosa [Ben Amar, 2006; Guzman, 2003]. De hecho, la Agencia de Drogas y Alimentos (FDA) de Estados Unidos (organismo que rige en ese país la legalización de medicamentos y que sirve de base para el mismo fin en otros países) legalizó en 1986 el uso del DTHC como antiemético en pacientes que reciben quimioterapia antineoplásica [Machado Rocha *et al.*, 2008]. Este efecto no se presenta en todos los pacientes; en algunos la marihuana puede, paradójicamente, aumentar la náusea y el vómito producidos por la quimioterapia. El efecto antiemético de la marihuana en ocasiones se acompaña de aumento de la ingesta de alimentos y sensación de bienestar [Guzman, 2003].

En los pacientes que reciben quimioterapia antineoplásica, la náusea y el vómito pueden presentarse antes, durante o después de la quimioterapia y es uno de los eventos que causan más depresión y estrés. En Estados Unidos existen dos productos sintéticos a base de DTHC aprobados por la FDA y en algunos estados es legal el uso de marihuana en pacientes tratados con quimioterapia antineoplásica. En un meta-análisis realizado recientemente se analizaron las publicaciones que existían hasta 2006 en las que se evaluaron los efectos de los cannabinoides sintéticos (a base de DTHC) en pacientes que recibieron quimioterapia antineoplásica [Machado Rocha *et al.*, 2008]. Después de analizar más de mil estudios se seleccionaron únicamente 30 porque fueron los que reunieron los estándares de calidad establecidos en el meta-análisis. Los estudios reunieron los resultados de 2 119 pacientes. La conclusión del meta-análisis fue que los cannabinoides sintéticos eran superiores a los medicamentos antieméticos utilizados en pacientes con quimioterapia antineoplásica [Machado Rocha *et al.*, 2008].

4.2 *Padecimientos crónicos neurodegenerativos*

Debido a la amplia distribución de los receptores CB1 en el sistema nervioso central y a que los cannabinoides activan vías de señalización cerebrales relacionadas con plasticidad neuronal y neuroprotección, así como sus efectos antiinflamatorios e inmunosupresores, se ha postulado la posible aplicación terapéutica de la marihuana y de los cannabinoides sintéticos en

padecimientos neurodegenerativos [Bahr *et al.*, 2006; Benito *et al.*, 2007]. Existen algunas evidencias experimentales, aunque pocos estudios en humanos, que sugieren la posible aplicación de los cannabinoides en ese tipo de padecimientos.

4.2.1. Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un padecimiento crónico degenerativo que se caracteriza por la muerte progresiva de neuronas que liberan dopamina en la sustancia negra cerebral. La enfermedad de Parkinson altera el movimiento y funciones cognitivas, lo que lleva a la incapacidad progresiva del paciente. En diferentes estudios experimentales realizados en modelos animales de Parkinson se ha observado que cannabinoides agonistas del receptor CB1 protegen de los cambios neuronales y de movimiento. Sin embargo, los estudios realizados en pacientes a los que se les ha administrado marihuana por vía oral no han arrojado resultados de mejoría [Ben Amar, 2006; Sarne y Mechoulam, 2005].

4.2.2. Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un padecimiento crónico degenerativo caracterizado por el deterioro progresivo de la conducta y funciones cognitivas. Se manifiesta como la pérdida progresiva de la memoria y otras capacidades mentales. En forma progresiva, el cerebro de los pacientes con enfermedad de Alzheimer se va atrofiando y va acumulando un péptido llamado beta-amiloide. En estudios realizados en animales se ha observado que la beta-amiloide tiene efectos neurotóxicos y que esto se inhibe con endocannabinoides. Adicionalmente se ha documentado tanto la disminución de receptores CB1 en las áreas cerebrales dañadas [Sarne y Mechoulam, 2005] como la presencia de inflamación crónica [Benito *et al.*, 2007], lo que sugiere que los cannabinoides, actuando en el receptor CB1 y como antiinflamatorios, podrían brindar protección en el paciente con síndrome de Alzheimer. Los efectos psicoactivos de los cannabinoides han limitado su uso no sólo en la enfermedad de Alzheimer sino en otros padecimientos [Benito *et al.*, 2007]. En un meta-análisis publicado recientemente se llegó a la conclusión de que no se ha comprobado fehacientemente que los cannabinoides mejoren la evolución o la sintomatología de los pacientes que sufren enfermedad de Alzheimer [Krishnan *et al.*, 2009].

4.2.3. Enfermedad de Huntington

En cerebros de pacientes que sufrieron de enfermedad de Huntington (padecimiento neurodegenerativo crónico) se ha observado disminución ma-

siva de los receptores CB1 en la sustancia negra, por lo que se ha postulado la posibilidad de la aplicación clínica de cannabinoides. Sin embargo, los resultados en modelos experimentales de este padecimiento han sido contradictorios; en unos reportes se observa mejoría, mientras que en otros se observa agravamiento [Sarne y Mechoulam, 2005].

4.2.4. Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple es un padecimiento crónico degenerativo que se inicia en adultos jóvenes y se presenta como desmielinización progresiva de las terminales nerviosas, lo que da lugar a fatiga, debilidad muscular, incontinencia, dolor y espasticidad. Debido a la inflamación que se presenta se piensa que este padecimiento tiene origen inmunológico (enfermedad autoinmune) y, consecuentemente, el tratamiento se basa en medicamentos inmunosupresores, inmunomoduladores y antiinflamatorios, que tienen efectos colaterales y no han dado resultados satisfactorios. Dado que los cannabinoides modulan la liberación de algunos neurotransmisores y tienen efecto inmunosupresor, se pensó que podrían aplicarse en la esclerosis múltiple. De hecho, en modelos animales de la enfermedad se observó que los cannabinoides sintéticos controlan la espasticidad y el temblor, por lo que se postuló que quizás los cannabinoides sintéticos con poco efecto psicotrópico podrían utilizarse como una modalidad terapéutica en la esclerosis múltiple [Malfitano *et al.*, 2005]. En estudios clínicos realizados en pacientes con esclerosis múltiple se ha reportado disminución significativa de la espasticidad; sin embargo, esos estudios han sido criticados por el hecho de que se basaron en escalas subjetivas para medir el grado de espasticidad, por lo que se ha sugerido que se realicen estudios doble ciego en los que los cannabinoides se comparen con el tratamiento que actualmente se utiliza; de tal forma que se compruebe su efectividad y se pueda evaluar el riesgo de los efectos psicotrópicos comparado con la mejoría de la espasticidad [Ben Amar, 2006; Smith, 2010].

4.3. Dolor

En un estudio reportado recientemente se refirió que el dolor crónico afectaba hasta 86 millones de personas en Estados Unidos y que podía controlarse sólo en la mitad debido las características del dolor o por los efectos colaterales de los analgésicos [Burns e Ineck, 2006]. El uso empírico de la marihuana para controlar el dolor, así como la presencia de receptores CB1 en las vías del dolor (sistemas nervioso central y periférico), condujo al estudio de la participación de los cannabinoides en la transmisión del impulso doloroso [Ben Amar, 2006]. En efecto, en diferentes estudios preclínicos se ha comprobado la analgesia producida por cannabinoides [Burns e Ineck, 2006].

Sin embargo, aunque existen estudios alentadores en humanos, todavía no se ha podido establecer la aplicación de la marihuana o de los cannabinoides sintéticos en la analgesia [Burns e Ineck, 2006; Pittler y Ernst, 2008].

4.4. *Insomnio en fibromialgia*

La fibromialgia es un síndrome doloroso crónico caracterizado por su presentación difusa en todo el cuerpo y alodinia (dolor ante estímulos que normalmente no causan dolor, como cambios pequeños en la temperatura o presión leve). Es un síndrome que afecta principalmente a mujeres. Su fisiopatología no se conoce pero se ha postulado la participación de neurotransmisores que integran la sensación dolorosa, como la dopamina, la serotonina y el ácido glutámico. También se piensa que participa la disfunción del sistema nervioso autónomo. Además del dolor, los pacientes con fibromialgia presentan otros síntomas que afectan su bienestar, como alteraciones en el estado de ánimo, fatiga e insomnio. Debido a que la nabilona (un canabinoide sintético) disminuye el insomnio en pacientes con dolor crónico, se realizó un estudio en 29 pacientes con fibromialgia en los que se comparó ese canabinoide con antidepresores tricíclicos (fármacos utilizados para tratar el insomnio del paciente con fibromialgia). Se observó que la nabilona era superior a los antidepresores, aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa. Los autores sugieren que es necesario hacer más estudios para comprobar este uso de los cannabinoides [Ware *et al.*, 2010].

4.5. *Cáncer*

Algunos investigadores sugieren que los cannabinoides podrían ser utilizados en el tratamiento del cáncer. Este postulado se basa en diferentes estudios *in vitro* e *in vivo* en los que se ha demostrado que los cannabinoides inhiben el crecimiento de células tumorales y de tumores a través de la inhibición del ciclo celular, la angiogénesis y la formación de metástasis [Guzman, 2003]. Es importante destacar que todas estas investigaciones han sido a nivel experimental en animales con cáncer o cultivo de células cancerosas, que los resultados son prometedores pero no se han comprobado en humanos y que la experimentación clínica se ve limitada por los efectos psicoactivos de los cannabinoides. Los tumores sensibles a la inhibición del crecimiento por cannabinoides son el carcinoma pulmonar, el glioma, el epiteloma tiroideo, algunos tipos de linfoma y leucemia, el carcinoma de piel, el carcinoma de útero, el carcinoma de mama, el carcinoma de próstata, el astrocitoma y el neuroblastoma [Cudaback y Stella, 2007; Guzman, 2003; Velasco *et al.*, 2007].

4.6. Inflamación

Desde hace mucho tiempo se ha empleado la marihuana en forma empírica como antiinflamatorio. En diferentes modelos de enfermedad relacionados con inflamación se ha observado efecto benéfico de los cannabinoides. Entre estos modelos se encuentran los de enfermedad de Alzheimer, los de esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn y artritis [Benito *et al.*, 2007; Klein, 2005]. No se conoce el o los mecanismos por los que los cannabinoides disminuyen la inflamación, aunque se han propuesto diferentes vías: la supresión del sistema inmune, disminución de la cascada inflamatoria a nivel de la inhibición de la activación del factor nuclear κ -B, inhibición de la ciclooxigenasa-2 (enzima que media la inducción de prostaglandinas inflamatorias), entre otros [Burstein y Zurier, 2009; Klein, 2005]. Los estudios clínicos en pacientes con procesos inflamatorios han sido limitados por los efectos psicoactivos de los cannabinoides.

4.7. Osteoporosis

Debido a los efectos en hueso (ver arriba), se ha pensado que los cannabinoides pueden utilizarse para detener el progreso de la osteoporosis. De hecho, en modelos animales de osteoporosis producida por ooforectomía (extirpación de los ovarios), así como en animales en los que se ha bloqueado la expresión del gen que codifica el receptor CB2 (ratones sin gen CB2), se ha observado que la pérdida de hueso se evita con cannabinoides [Bab *et al.*, 2009]. La investigación en humanos, aunque no ha incluido el efecto de cannabinoides en osteoporosis (debido a los efectos psicoactivos), se ha dirigido al estudio de los genes que codifican los receptores cannabinoides. Estudios realizados en diferentes poblaciones han detectado variantes polimórficas del gen que codifica CB2 y que se relacionan con el riesgo de padecer osteoporosis [Bab *et al.*, 2009]. Esto quiere decir que variaciones de ese gen podrían predisponer a la osteoporosis. Este descubrimiento resulta interesante porque abre las puertas tanto a la detección de susceptibilidad como al diseño de estrategias de prevención y tratamiento que incluyan algún cannabinoide.

4.8. Glaucoma

El glaucoma es un padecimiento en el que aumenta progresivamente la presión intraocular, lo que lleva a la ceguera. Debido a sus efectos vasculares (vasodilatación), los cannabinoides reducen la presión intraocular, por lo que se ha estudiado su uso potencial en glaucoma. En un estudio se reportaron los resultados de dos estudios clínicos [Ben Amar, 2006]. En

uno de ellos se evaluó el efecto de fumar un cigarro de marihuana en 18 pacientes con glaucoma, se observó que disminuía la presión intraocular pero hubo efectos colaterales, como alteraciones sensoriales, taquicardia, palpitaciones e hipotensión. En el otro, tratando de evitar los efectos sistémicos, se administró DTHC en solución al 1% en el ojo, la presión intraocular también disminuyó pero el efecto fue moderado y de duración corta. El estudio concluye que sería difícil la aplicación de los cannabinoides como tratamiento sistémico del glaucoma debido a sus efectos colaterales y que la aplicación tópica tiene duración muy corta, por lo que no se justifica el uso médico de los cannabinoides en el glaucoma [Ben Amar, 2006].

5. LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA

La legalización de la marihuana, como la de otras drogas, es motivo de mucha controversia. A favor de la legalización resulta la suposición de que los problemas ocasionados por el narcotráfico, así como el de conductas de riesgo asociadas a su uso, se resolverían [Marshall, 1988]. En el caso particular de la marihuana también se ponen en la balanza sus posibles efectos terapéuticos. Sin embargo, es importante tomar en cuenta los efectos dañinos de la marihuana para tener mejores argumentos, sobre todo los efectos a largo plazo cuando se utiliza en etapas tempranas de la vida.

5.1 *El caso de Holanda*

La legalización de la marihuana en Holanda se ha utilizado como argumento en muchos debates acerca de la legalización de las drogas. La legalización de la marihuana en Holanda ha ido cambiando por presiones internacionales. Inicialmente, era legal la posesión individual de 30 g; debido a presiones internacionales bajó el límite a 5 g. En los establecimientos en los que se vende libremente marihuana deben cumplirse los siguientes lineamientos: 1) no se debe hacer propaganda, 2) no se pueden vender drogas duras, 3) no se puede vender a menores, 4) no se puede vender más del límite individual permitido y 5) no debe haber escándalos o alteración en el orden social público. Para 1997 había una cafetería que vendía marihuana en Holanda por cada 10,000 habitantes y se contaba con diferentes tipos. La mayoría de los consumidores eran jóvenes, nativos de Holanda o extranjeros. En diferentes análisis se ha llegado a la conclusión de que la despenalización del uso de marihuana en Holanda *no* aumentó su uso en la población holandesa, lo que lo aumentó fue el incremento de lugares en donde se podía comprar. Sólo la disminución del límite legal de posesión (de 30 a 5 g) fue lo que disminuyó su uso en la población holandesa. Por otro lado, es evidente

que los riesgos que conlleva el uso ilegal de marihuana (violencia por narcotráfico y prácticas de conducta de riesgo para la salud) disminuyeron en Holanda tras la legalización [MacCoun y Reuter, 1997].

5.2. Riesgo de la facilitación del uso de marihuana en etapas tempranas de la vida

Algunas personas opinan que el uso del tabaco y el alcohol (drogas legalmente permitidas) producen más daño a la salud que la marihuana [Joffe y Yancy, 2004]. Cada vez hay más publicaciones que analizan los efectos a largo plazo del uso crónico de la marihuana, sobre todo cuando éste se inicia en etapas tempranas de la vida.

Como se mencionó arriba, la marihuana produce adicción y dependencia física. El síndrome de abstinencia por la falta de marihuana comparte con otras drogas (opiáceos, tabaco, alcohol) la ansiedad y el estrés, que son algunos de los síntomas que orillan a volver a consumirla. Sin embargo, más grave que la adicción y la dependencia son los efectos en funciones cognitivas que interfieren con el aprendizaje y que son más intensos cuanto más joven es el usuario [Joffe y Yancy, 2004; Lynskey *et al.*, 2006; Schweinsburg *et al.*, 2008]. Entre estos efectos se encuentra la pérdida de la memoria, concentración, motivación y capacidad para resolver problemas [Joffe y Yancy, 2004; Schweinsburg *et al.*, 2008]. Se ha demostrado que los adultos que iniciaron el uso de marihuana en la adolescencia y que fueron consumidores crónicos de grandes cantidades sufren de daño cognitivo aún en la edad adulta [Schweinsburg *et al.*, 2008]. Es probable que la alta susceptibilidad del adolescente a los efectos crónicos de la marihuana en funciones cognitivas se deba a que su cerebro está todavía en desarrollo y por eso es más sensible [Lynskey *et al.*, 2006]. El uso de marihuana en adolescentes se ha asociado a pérdida de la coordinación y no sólo a accidentes automovilísticos, sino también a la severidad de estos accidentes y sus consecuencias, incluyendo la muerte [Joffe y Yancy, 2004]. Quienes se oponen a la legalización argumentan que, aunque las leyes van dirigidas a los adultos, repercuten en los adolescentes. Por ejemplo, las edades límites para uso de alcohol (21 años en Estados Unidos) y tabaco (18 años) no impiden que sean las drogas más usadas por los adolescentes; lo que hace suponer que la legalización de la marihuana aumentaría su uso en esta edad [Joffe y Yancy, 2004]. Además, el uso de la marihuana en adolescentes facilita el uso de otras drogas duras. En un estudio realizado en 219 parejas de gemelos idénticos en Holanda se observó que cuando uno de los dos había iniciado el uso de marihuana en la adolescencia, éste era el que en etapas posteriores de su vida, aun cuando no usara la marihuana en forma regular, utilizaba otro tipo de drogas. El estudio fue muy riguroso y fehacientemente descarta los factores genéticos y familiares en el uso de drogas [Lynskey *et al.*, 2006].

BIBLIOGRAFÍA

Avena, Nicole M., P. Rada y B. G. Hoebel

2008a "Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake", *Neurosci Biobehav Rev*, vol. 32, pp. 20-39.

2008b "Underweight rats have enhanced dopamine release and blunted acetylcholine response in the nucleus accumbens while bingeing on sucrose", *Neuroscience*, vol. 156, pp. 865-871.

Bab, Itai, A. Zimmer, y E. Melamed

2009 "Cannabinoids and the skeleton: from marijuana to reversal of bone loss", *Ann Med*, vol. 41, pp. 560-567.

Bahr, Ben A. et al.

2006 "Targeting the endocannabinoid system in treating brain disorders", *Expert Opin Investig Drugs*, vol. 15, pp. 351-365.

Ben Amar, M.

2006 "Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential". *J Ethnopharmacol*, vol. 105, pp. 1-25.

Benito, Cristina et al.

2007 "The endocannabinoid system and Alzheimer's disease". *Mol Neurobiol*, vol. 36, pp. 75-81.

Budney, Alan J. et al.

2007 "Marijuana dependence and its treatment", *Addict Sci Clin Pract*, vol. 4, pp. 4-16.

Burns, Tammy L. y J. R. Ineck

2006 "Cannabinoid analgesia as a potential new therapeutic option in the treatment of chronic pain", *Ann Pharmacother*, vol. 40, pp. 251-260.

Burstein, Sumner H., y R. B. Zurier

2009 "Cannabinoids, endocannabinoids, and related analogs in inflammation". *AAPS J*, vol. 11, pp. 109-19.

Cabral, Guy A., y A. Staab

2005 "Effects on the immune system", *Handb Exp Pharmacol*, vol.168, pp. 385-423.

Christensen, Robin et al.

2007 "Efficacy and safety of the weight-loss drug rimonabant: a meta-analysis of randomised trials", *Lancet*, vol. 370, pp. 1706-1713.

Cooper, Ziva D., y M. Haney

2008 "Cannabis reinforcement and dependence: role of the cannabinoid CB1 receptor", *Addict Biol*, vol. 13, pp. 188-195.

Correa, Fernando et al.

2005 "The role of cannabinoid system on immune modulation: therapeutic implications on CNS inflammation", *Mini Rev Med Chem*, vol. 5, pp. 671-5.

Cota, Daniela et al.

2006 "Cannabinoids, opioids and eating behavior: the molecular face of hedonism?" *Brain Res Rev*, vol. vol. 51, pp. 85-107.

Cudaback, Eiron, y N. Stella

2007 "Targeting astrocytomas and invading immune cells with cannabinoids: a promising therapeutic avenue", *Mol Neurobiol*, vol. 36, pp. 36-44.

- Devane, William A. et al.**
1992 "Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor", *Science*, vol. 258, pp. 1946-1949.
- Downer, Eric J., y V. A. Campbell**
2010 "Phytocannabinoids, CNS cells and development: a dead issue?" *Drug Alcohol Rev*, vol. 29, pp.91-98.
- Filbey, Francesca M. et al.**
2009 "Marijuana craving in the brain", *Proc Natl Acad Sci U S A*, vol. 106, pp. 13016-13021.
- Fride, Ester, T. Bregman y T. C. Kirkham**
2005 "Endocannabinoids and food intake: newborn suckling and appetite regulation in adulthood", *Exp Biol Med (Maywood)*, vol. 230, pp. 225-234.
- Garfield, Alastair S., y L. K. Heisler**
2009 "Pharmacological targeting of the serotonergic system for the treatment of obesity", *J Physiol*, vol. 587, pp. 49-60.
- Gieringer, Dale H.**
2006 "Origins of Cannabis Prohibition in California", *Contemporary Drug Problems*, Nueva York, EUA, Contemporary Drug Publications, vol. 26., pp. 1-36.
- Grotenhermen, Franjo**
2005 "Cannabinoids", *Curr Drug Targets CNS Neurol Disor*, vol. 4, pp. 507-530.
- Guzman, Manuel**
2003 "Cannabinoids: potential anticancer agents", *Nat Rev Cancer*, vol. 3, pp. 745-755.
- Hall, Wayne, y L. Degenhardt**
2009 "Adverse health effects of non-medical cannabis use", *Lancet*, vol. 374, pp. 1383-1391.
- Hoffmann, Diane E., y E. Weber**
2010 "Medical marijuana and the law", *N Engl J Med*, vol. 362, pp. 1453-1457.
- Joffe, Alain, y W. S. Yancy**
2004 "Legalization of marijuana: potential impact on youth". *Pediatrics*, vol. 113, pp. e632-8.
- Jourdan, Tony, et al.**
2010 "CB1 antagonism exerts specific molecular effects on visceral and subcutaneous fat and reverses liver steatosis in diet-induced obese mice", *Diabetes*, vol. 59, pp. 926-34.
- Klein, Thomas W.**
2005 "Cannabinoid-based drugs as anti-inflammatory therapeutics", *Nat Rev Immunol*, vol. 5, pp. 400-11.
- Krishnan, Sarada, R. Cairns, y R. Howard**
2009 "Cannabinoids for the treatment of dementia", *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 2, pp. D007204.
- Lupica, Carl R., A. C. Riegel, y A. F. Hoffman**
2004 "Marijuana and cannabinoid regulation of brain reward circuits", *Br J Pharmacol*, vol. 143, (2):227-34.
- Lynskey, Michael T., J. M. Vink, y D. I. Boomsma**
2006 "Early onset cannabis use and progression to other drug use in a sample of Dutch twins", *Behav Genet*, vol. 36, pp. 195-200.

- MacCoun, Robert, y P. Reuter**
1997 "Interpreting Dutch cannabis policy: reasoning by analogy in the legalization debate", *Science*, vol. 278, pp. 47-52.
- Machado Rocha, Francisco C. et al.**
2008 "Therapeutic use of Cannabis sativa on chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: systematic review and meta-analysis", *Eur J Cancer Care (Engl)*, vol. 17, pp. 431-443.
- Malfitano, Anna M., G. Matarese, y M. Bifulco**
2005 "From cannabis to endocannabinoids in multiple sclerosis: a paradigm of central nervous system autoimmune diseases", *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*, vol. 4, pp. 667-675.
- Marshall, Eliot**
1988 "Drug wars: legalization gets a hearing", *Science*, vol. 241, pp. 1157-1159.
- Martin, Billy R., L. J. Sim-Selley, y D. E. Selley**
2004 "Signaling pathways involved in the development of cannabinoid tolerance", *Trends Pharmacol Sci*, vol. 25, pp. 325-330.
- Pertwee, Roger G.**
2005 "Pharmacological actions of cannabinoids", *Handb Exp Pharmacol*, vol. 168, pp. 1-51.
- Pittler, Max H., y E. Ernst**
2008 "Complementary therapies for neuropathic and neuralgic pain: systematic review", *Clin J Pain*, vol. 24, pp. 731-733.
- Reece, Albert S.**
2009 "Chronic toxicology of cannabis", *Clin Toxicol (Phila)*, vol. 47, pp. 517-524.
- Rothman, Richard B., B. E. Blough, y M. H. Baumann**
2008 "Dual dopamine/serotonin releasers: potential treatment agents for stimulant addiction", *Exp Clin Psychopharmacol*, vol. 16, pp. 458-474.
- Sarne, Yosef, y R. Mechoulam**
2005 "Cannabinoids: between neuroprotection and neurotoxicity", *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*, vol. 4, pp. 677-684.
- Schweinsburg, Alecia D., S. A. Brown, y S. F. Tapert**
2008 "The influence of marijuana use on neurocognitive functioning in adolescents", *Curr Drug Abuse Rev*, vol. 1, pp.:99-111.
- Smith, Adam M. et al.**
2010 "Effects of marijuana on visuospatial working memory: an fMRI study in young adults", *Psychopharmacology (Berl)* vol. 210, pp. 429-438.
- Smith, Paul F.**
2010 "New approaches in the management of spasticity in multiple sclerosis patients: role of cannabinoids", *Ther Clin Risk Manag*, vol. 6, pp. 59-63.
- Velasco, Guillermo et al.**
2007 "Cannabinoids and gliomas", *Mol Neurobiol*, vol. 36, pp. 60-67.
- Ware, Mark A. et al.**
2010 "The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial", *Anesth Analg*, vol. 110, pp. 604-610.

¿Se debe criminalizar el consumo de drogas ilegales?

Nelson E. Alvarez Licona

Instituto Politécnico Nacional

RESUMEN: *La política prohibicionista del consumo de las llamadas drogas ilegales, entre las que encontramos la marihuana, es consecuencia de la lucha por el control del mercado del opio que se da entre las grandes metrópolis europeas a mediados del siglo XIX en Asia. La participación de Estados Unidos a principios del siglo XX, impulsada por las ideas puritanas, origina la política de lucha contra las drogas. Es en este contexto que el consumo de las drogas llamadas ilegales se criminaliza y su práctica se ve juzgada desde una visión biológica en la que se justifica el prohibicionismo, que es criterio para entender y atender el consumo de este tipo de sustancias.*

ABSTRACT: *The prohibitive policy of the consumption of the named illegal drugs, between which we found the marijuana, is a consequence of the fight by the control of the market of the opium that occurs between the great European metropolises in the middle of century XIX in Asia. The participation of the United States at the beginning of century XX, impelled by the pure ideas, implements the policy of fight against drugs. It is in this context that the consumption of drugs named illegal is criminalized and his practices are judged from a biologic vision in which the prohibition is justified, that is criterion to understand and to take care of the consumption of this type of substances.*

PALABRAS CLAVE: *Drogas, prohibicionismo, justicia, marihuana.*

KEYWORDS: *Fight against drugs, prohibition, justice, marijuana.*

INTRODUCCIÓN

Mario es un joven de aproximadamente 25 años que estuvo recluido por delitos contra la salud en la Colonia Penal Federal Islas Marías; fue sorprendido con un paquete (vela, tubo) de marihuana. Esto no sería extraordinario si no fuera porque encaneció en el transcurso de ocho meses. Se

dice que hay personas que encanecen en poco tiempo debido a condiciones de gran estrés y Mario encaneció por el temor, por el terror que se vive en este lugar. Las cárceles, prisiones, reclusorios, colonias penales, centros de readaptación social o penitencieras tienen como característica que las personas paguen con penas (castigos impuestos) el delito cometido. En la mayoría de los casos, la pena está dada por la inhibición y la frustración, de modo que las agresiones y la violencia son comunes en estos espacios. Las cárceles son lugares en los que se inhibe al interno, ya que éste se encuentra privado de su libertad, de las posibilidades que tiene de realizarse como persona estando en libertad, y aunque esto no sea exacto, es cierto que en la libertad se tienen muchas más posibilidades de ser, sin frustración. “La expresión inhibición>frustración>agresión no abarca todos los casos de violencia, no es válida para todo, pero sí nos explica un buen número de los actos y fenómenos de violencia interpersonal o intergrupala” [Genovés, 1991:155]. Las cárceles son lugares de violencia, donde, como en pequeño pueblo, todo se sabe, en que hay que cuidarse de todos y de todo. La violencia en estos lugares se debe también al espacio reducido en las habitaciones, lo cual genera conflictos producidos por la incomodidad y debido a la lucha por los recursos, que en estas condiciones son muy escasos; así, la distancia entre las personas determina en gran parte el comportamiento, de manera que la relación del hombre con el tiempo y el espacio varía según la situación en la que éstos sean percibidos. Meses, años compartiendo el mismo espacio, conflictos a flor de piel en los lugares de aislamiento, escenas de terror se viven en estos lugares donde la violencia es cotidiana. Fueron estas condiciones las que llevaron a Mario a encanecer en un periodo de ocho meses, como consecuencia de haber sido sorprendido con un paquete de marihuana, producto de la política prohibicionista que encuentra su lógica en el marco de la lucha contra las drogas.

Mario es uno más de los muchos que injustamente viven en un régimen en el que la penalización del consumo es un hecho que va más allá de lo establecido en la legislación. Lo que habría que preguntarse es: ¿debió ser penalizado Mario por ser sorprendido con un paquete de marihuana? ¿Cómo se aplica la categoría de justicia en el caso de Mario? ¿El consumo de drogas ilegales en sí mismo es un acto criminal?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Plantear la despenalización del consumo de drogas ilegales y la criminalización del consumo de éstas, en particular de *cannabis*, es partir de un planteamiento erróneo, ya que se tendría que proponer la modificación de

la legislación y modificar a su vez lo criterios de criminalización que juzgan el consumo de este tipo de sustancias, demostrando que existirán ventajas a partir de la despenalización y la no criminalización del consumo de *cannabis*, lo que prácticamente sería imposible; ¿cómo poder anticipar que los consumidores de drogas ilegales y la sociedad en general recibirían un beneficio si la legislación que castiga el consumo se modificara o los criterios de valorización que lo juzgan cambiaran?

El consumo de *cannabis* realmente es una práctica que implica relaciones problemáticas. ¿Se estructura como relación problemática en la vida del sujeto?, ¿existe como problema el consumo de *cannabis* en todos los casos de usuarios? Las modalidades del consumo dependen de los contextos y así el consumo se penaliza de acuerdo con los sujetos consumidores que se estructuran como grupos, donde el consumo forma parte de habitus [Bourdieu, 1991] donde la permisibilidad, las facilidades y las libertades no sólo posibilitan, sino que incentivan el consumo.

Partir del planteamiento ¿debe despenalizarse el consumo de drogas? es abordar el problema de modo incorrecto, ya que los defensores de las políticas prohibicionistas del consumo no tendrían que argumentar nada a favor de la criminalización del consumo de estas sustancias, pues sólo les bastaría refutar una reflexión difícil, que no se puede demostrar como efecto anticipado, pues no se podrían adelantar las consecuencias de un supuesto beneficio, resultado de la modificación de la legislación que prohíbe el consumo de drogas [Douglas, 2003].

El problema debe plantearse de la siguiente manera, propone Douglas [2003:22], ¿se debe criminalizar el consumo de drogas ilegales? Esta pregunta se puede plantear de distintas formas: ¿es correcta la penalización del consumo de drogas ilegales?, ¿el consumo de drogas ilegales debe estar contemplado dentro del derecho penal?, ¿el consumo de drogas es un acto criminal? La pregunta así planteada lleva a la siguiente conclusión: si no existen elementos suficientes para penalizar el consumo, entonces la política de drogas debe ser replanteada, de modo que las legislaciones que criminalizan el consumo se deben modificar para despenalizarlo, como sucede en la práctica respecto al consumo de *cannabis*, aunque la legislación no lo penalice. En todo caso hay que regularizar el consumo de *cannabis*, considerando también la atención médica a los sujetos consumidores que tienen problemas de salud a partir del consumo de este tipo de sustancias.

Establecido así el cuestionamiento, tenemos que preguntarnos: ¿cuál es la premisa de la política que castiga a los consumidores de drogas ilegales? Se argumenta en torno a la intención de proteger la salud del sujeto consumidor, pero si esta fuera la razón por la que se penaliza el consu-

mo, entonces debieran ser incluidos otros productos dañinos a la salud y cuyo consumo no se criminaliza. Desde esta perspectiva, debiera incluirse dentro de los productos de consumo prohibidos el tabaco, el alcohol, los refrescos embotellados, también los alimentos ricos en grasas saturadas; si así sucediera, ¿la salud de la población estaría garantizada con esta política prohibicionista?; y no sólo eso, desde esta lógica se podría uno preguntar ¿se crearían mercados negros con este tipo de productos?

Se requiere que partamos de cuestionarnos si la política prohibicionista actual sobre el consumo de drogas ilegales, y en particular el consumo de *cannabis*, tiene como motivación la protección a la salud o responde a la imposición-acuerdos dictados por la política estadounidense en el marco de la lucha contra las drogas. Si hacemos un repaso de cómo se ha ido construyendo la relación sujeto-sustancia, como problemática, habría que buscar en las explicaciones biologists el prohibicionismo moderno respecto al uso de algunos fármacos, característico del siglo xx. Este prohibicionismo se centra en los medicamentos que se utilizan para el control del dolor y el delirio, los llamados hipnóticos. La configuración del uso de drogas como problema se vio influida por la llamada Guerra del Opio del siglo xix y el prohibicionismo en Estados Unidos que se da en el siglo xx.

LA LUCHA CONTRA LAS DROGAS¹

A principios del siglo xix, el consumo del *té* estaba muy extendido en Europa. Este producto era traído de China y comprado con plata que provenía principalmente de América. Con la independencia de las colonias americanas, la plata dejó de llegar a Europa y fue sustituida por el opio, que había sido introducido por los holandeses a Indonesia durante el siglo xviii, mientras los ingleses controlaban la producción de opio en Bengala. Así, el opio se introducía de contrabando a China y era pagado con plata, que a su vez servía para comprar el *té* que se enviaba a Europa. En China, la dinastía Manchú impuso una política de represión, tanto a los introductores de opio como a los consumidores. Esto tuvo su reacción en Europa y en una alianza anglo-francesa mediante las dos guerras llamadas del opio [1839-1842 y 1856-1860]: impusieron a China el libre comercio del opio, convirtiendo a este país en un mercado de cien millones de consumidores, quienes se volvieron los proveedores de la tercera parte de las rentas del imperio británico. Esta situación se verá relacionada con los acontecimientos que se dan en Estados Unidos a principios del siglo xx, con la propagación de las ideas

¹ La relación histórica que presento se basa en el trabajo detalladamente documentado del dr. Oriol Romaní [1999].

puritanas que se imponen dentro del gobierno federal y que se expresan en cuanto al consumo de estimulantes como “la lucha contra las drogas”.

En 1898, con la derrota de los españoles en Filipinas, los Estados Unidos entran a controlar el mercado del opio, que había estado bajo el control español mediante una política de control del Estado, regulando las cantidades fijas de compraventa y regulando también el consumo mediante los llamados “fumaderos de opio”. La política estadounidense, impulsada por las corrientes moralistas e higienistas, impone en el Congreso el dictamen de un comité formado por el obispo Brent (impulsor de las políticas puritanas), quien, apoyado por el gobernador W. H. Taft (quien después sería presidente de Estados Unidos), instaura un sistema de criminalización del uso del opio. La política prohibicionista se muestra en Estados Unidos con la “Ley Harrison”, que se promulga en el Congreso el 17 de diciembre de 1914, en el que el consumo de opiáceos y de cocaína se somete a controles que sólo permiten su uso por prescripción de facultativos. Cinco años después se introduce la Decimoctava Enmienda a la Constitución, llamada Ley Volstes, mejor conocida como “Ley Seca”, donde la prohibición se extendía al alcohol: la fabricación y venta se castigaba con prisión de seis meses y la reincidencia, con cinco años. En 1937 se incluirá a la marihuana como sustancia bajo control penal [González, 2000:190].

La lucha contra el opio se concreta en la Conferencia de Shangai en 1909, donde se propuso dentro de las nueve recomendaciones que los gobiernos tomaran medidas graduales para la supresión del opio fumado y que las naciones no exportaran opio a las naciones cuyas leyes prohibieran la importación. En la Conferencia de La Haya, en 1912, se propuso un convenio en que se establecía la necesidad de instrumentar un control mediante pruebas científicas en la preparación y distribución de opio, morfina, heroína, cocaína; salvo las que resultaran de necesidades médicas y científicas. Después de otros dos intentos, con resultados limitados, los de 1925 del Convenio Internacional contra el opio y el de 1931 en Ginebra, no será hasta después de la Segunda Guerra Mundial y con la creación de las Naciones Unidas que se crea un mecanismo para que se apliquen las resoluciones para el control del comercio de estupefacientes a escala universal que obliga a los países firmantes, y que da lugar a tres convenciones: 1ª. La Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961, donde se establecen listas en las que se especifica las sustancias que deben ser objeto de persecución penal, limitando al uso médico y científico la producción, el comercio y la posesión de los estupefacientes, quedando sometidos al control estatal, así como el otorgamiento de licencias para el cultivo de adormidera, coca y *cannabis*; también se establecen las medidas

represivas al tipificar como delito con penas de prisión el cultivo, producción, distribución, compra, venta, importación y exportación de cualquier estupefaciente; incluso se establece castigo para quienes intenten participar en las conductas ilícitas antes citadas. 2ª. El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de Viena en 1971. En este convenio se someten a control las sustancias no incluidas en el Convenio de 1961, que serán las anfetaminas, los barbitúricos y los alucinógenos, bajo las condiciones que ya habían sido establecidas en el convenio de Nueva York de 1961. 3ª. La Convención Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de Viena en 1988, donde se ocupan de la persecución y represión perfeccionando este propósito; en este convenio se combina el castigo y el tratamiento dirigido a los consumidores, añadiendo ahora precursores químicos precisos para la elaboración de sustancias y los equipos y materiales destinados al cultivo, fabricación y tráfico de estupefacientes; en este convenio se incluye también como conducta punible el cultivo, la adquisición y la posesión para el consumo personal, así como tentativas de comisión de los actos y encubrimiento; además, conductas agravadas, como el uso de armas, violencia, utilización de menores o la difusión del uso de estas sustancias; y aunque las penas que se proponen deben ser proporcionales al delito, la suspensión del fallo o la remisión de la condena no deben hacer que se pierda el carácter intimidatorio que se consigue con el castigo, por lo que la suspensión de ejecuciones o la libertad condicional deben otorgarse con un carácter muy limitado; además se fomenta la figura del delator y del arrepentido, buscando la testificación contra otros; así como la entrega vigilada para identificar personas involucradas [González, 2000].

La construcción de la nación americana, fincada en el genocidio hacia las comunidades indígenas que ya habitaban esos territorios, promueve mediante “la lucha contra las drogas” el modelo de vida anglosajón y protestante con el que justificaban la eliminación de cualquier otro tipo de modelo que no fuera el modo de vida americano.

Las drogas resultaron un buen chivo expiatorio para no enfrentarse a las verdaderas causas de todos los tipos de conflictos con los que se tropezaba la construcción de la gran nación, y se le atribuyó la causa de los grandes males, los cuales se identificaban con diversas minorías étnicas que el modelo no contemplaba: el alcohol de los irlandeses parranderos, el opio de los chinos intrigantes, la coca de los enloquecidos negros del sur, la mariguana de los mexicanos indolentes [Romaní, 1999:47].

En el fondo se trataba de la visión racista y del control social, imponiéndose el prohibicionismo moderno mediante el “modelo penal”. El control

de la venta de drogas, si bien no prohíbe el consumo, sí lo regula llevando una regulación rigurosa sobre la venta en farmacias y la expedición de recetas médicas que lo avalan. Esto lo único que logra es que los consumidores se vean lanzados a la compra de las sustancias en el mercado negro. La medida trae como consecuencia el consumo de productos no controlados, lo que repercute en la salud de los consumidores y en la violencia que se desencadena entre los proveedores, así como la corrupción que se dio entre los encargados de vigilar el cumplimiento de las medidas prohibicionistas; lo que trajo como resultado que en diez años la ley contra el consumo del alcohol fuera prohibida, no así con las otras sustancias, particularmente las derivadas del opio. Esto dio lugar al surgimiento de la llamada industria del crimen, que se mantiene e incrementa hasta la fecha, y que llega incluso a controlar Estados nacionales.

Este modelo penal se articula con el modelo de tipo médico, que le va a dar la justificación al legitimar científicamente el modelo criminalizador de control penal. Ya en los años treinta encontramos a estos dirigentes puritanos, ligados a los grupos de policías encargados del control del alcohol y a representantes del sistema médico oficial mediante la Asociación Médica Americana. De esta forma, y a manera de cruzada, se trató de imponer a todas las poblaciones su salvación, prohibiendo cualquier uso no terapéutico de este tipo de sustancias. Así, la idea de progreso y modernidad, basadas en las concepciones positivistas en las que el desarrollo de la ciencia y su aplicación en la tecnología tendrían que deparar un presente y un futuro feliz, van sustituyendo al modelo puramente prohibicionista, para enmascararlo con la ciencia, que resulta una aplicación científicista de las interpretaciones sanitaristas de base científica, donde no existen propuestas críticas en que se ventilen rupturas epistemológicas, imperando los criterios de ciencia que están aplicados sin cuestionamiento. Así, la modernidad llega justificando el mismo planteamiento del siglo XIX, que será la prohibición al consumo de drogas, sólo que ahora apoyada en un discurso científico, que se finca en lo que será su verdad: razón-fuerza que va a imponer la prohibición al consumo de drogas con base en el discurso médico, que vuelve patológicas las prácticas que en otro tiempo estaban prohibidas con base en un cuestionamiento de orden moral, que como se ve no se ha ido, sólo que ahora se oculta en la arrogancia del discurso científico-médico.

Así, el consumo de drogas se convirtió en problemático, pero antes del siglo XIX esto no era así; se ha ido construyendo el carácter problemático del consumo, debido a intereses económicos de control de mercados. Es en este contexto que surge la política de lucha contra las drogas, que ha sido impuesta por Estados Unidos, obedeciendo a intereses no confesados, pero

a la vista, en los que justifica la intervención armada a países productores de sustancias que su misma población demanda y en los que tiene intereses económicos y estratégico-militares, nuevamente por el control de las materias primas y de los mercados. Sin desconocer el flagelo del narcotráfico, con toda la violencia que desencadena y las repercusiones en la salud de las poblaciones, lo que hace al problema del consumo de drogas ilegales un asunto de interés de los Estados nacionales. Sin embargo, sería inocente, si no culpable, no reconocer que los intereses, particularmente estadounidenses, principales impulsores de la política de lucha contra las drogas, no descansan solamente en el interés por la salud de su población.

Otro argumento en torno a la prohibición del consumo de drogas ilegales sería que éste se encuentra asociado a conductas criminales. Lo que no implica que el consumo sea en sí mismo un acto criminal. Hay personas que no consumen drogas y cometen delitos, como hay personas que las consumen y los cometen; lo que habría que preguntarse es si el consumo debe estar tipificado como un delito o es un acto criminal. ¡Que se castigue el delito, pero no así el consumo! Es verdad que cuando el consumo de este tipo de sustancias está asociado a algunas actividades que ponen en riesgo a otros, este tipo de consumo debe ser prohibido. La criminalización se apoya en la siguiente estrategia en el marco de la lucha contra las drogas: la criminalización del consumo debe traer como consecuencia la disminución de la demanda y, por lo tanto, incidir en la disminución de la producción y venta de estupefacientes, de modo que las ganancias de la industria del narcotráfico se vean mermadas. Sin embargo, esto no ha sido así, pues no sólo no ha disminuido la demanda, sino que la oferta está desarrollando nuevas estrategias, como la de abrir mercados ofreciendo droga a precios muy bajos.

Para Husak [2003], la pregunta correctamente planteada sería: ¿se debe criminalizar el consumo de drogas? Así planteado el problema, nos lleva a pedir una justificación en el orden de la justicia, a quienes mantienen este tipo de políticas y prácticas. Partamos, primeramente, de reconocer que las legislaciones y la justicia no son necesariamente coincidentes. Cuando hablamos de justicia, nos referimos a “un principio de acción según el cual los seres de una misma categoría esencial deben ser tratados de la misma manera” [Martínez, 2001].

Rawls [1997] propone dos principios de justicia: “1. El sistema de libertades básicas ha de ser el mismo para todos los individuos, reconociendo como única limitación a los derechos de cada uno, los derechos de los demás” [Sucasas; 2003:83].

Las preguntas obligadas a partir de la propuesta de Rawls serían: ¿tienen los demás derecho sobre el uso que hagamos de nuestros cuerpos? ¿Atenta

el uso que hagamos de nuestro cuerpo, aun en perjuicio nuestro, contra los derechos de los demás? De modo que nos tenemos que preguntar: ¿a quién le pertenece nuestro cuerpo?, el de usted, el mío. El cuerpo en tanto tal no es sino nosotros mismos. Si de algo estamos seguros que tenemos como posesión es nuestro cuerpo y estamos seguros porque somos cuerpo, en el que se realizan procesos cognitivos, que tienen como sustento estructuras biológicas (cuerpo) y estructuras mentales, que como sistemas de relaciones y sistemas de representaciones se gestan socialmente. Mi cuerpo: Yo.

Dice Pedro Laín Entralgo: “No <<mi cuerpo y yo>>, sino <<mi cuerpo: yo>>. No la autoafirmación de un <<yo>> para el cual algo unidísimo a él, pero distinto de él, el cuerpo, fuese dócil o rebelde servidor —implícitamente, eso lleva dentro de sí la expresión <<mi cuerpo>>—, sino la autoafirmación de un cuerpo que tiene como posibilidad decir de sí mismo <<yo>>” [Laín, 1995:313].

Es por eso que el ejercicio del poder, en la expresión más brutal que tiene el Estado, es disponer del cuerpo, y es ahí donde se realiza el castigo. “Pero podemos, indudablemente, sentar la tesis general de que en nuestras sociedades hay que situar los sistemas punitivos en cierta “economía política” del cuerpo: incluso si no apelan a castigos violentos o sangrientos, incluso cuando utilizan los métodos “suaves” que encierran o corrigen, siempre es del cuerpo del que se trata —del cuerpo y de sus fuerzas, de su utilidad y de su docilidad, de su distribución y de su sumisión” [Foucault; 1995:32]. Es en el cuerpo donde se realizan el proceso perceptivo-cognitivo, es el cuerpo receptáculo de las sensaciones, lugar de construcción de las interpretaciones y, finalmente, lugar donde se construye la realidad. En el caso de la criminalización del consumo de drogas ilegales donde se plantea la pérdida de la libertad o donde arbitrariamente se realiza al construir el consumo como delito, al margen incluso de la misma legislación, es nuevamente en el cuerpo donde se realiza una de las expresiones más brutales con las que cuenta el Estado. No estoy cuestionando si habría otra alternativa a las cárceles, solamente nuestro que es a través del cuerpo, en el cuerpo, donde se realiza nuestra vida. Y que la pertenencia del cuerpo es la pertenencia de uno. De mí. De Yo. Así que habríamos de preguntarnos si el cuerpo, el suyo, el mío, le debe pertenecer a la sociedad, máxime si en el caso del consumo de drogas ilegales el daño sucede en el cuerpo del consumidor. Por supuesto que teniendo en cuenta que el consumo no dañe a otra persona, aceptando la prohibición del consumo, cuando se puede anticipar un daño a otro, cuando el consumo no permite tener las condiciones para ejecutar ciertas prácticas, como conducir un vehículo.

Regresando a la segunda acepción del concepto de justicia propuesto por Rawls.

2. Las desigualdades en la distribución de los bienes sociales (ante todo riqueza y autoridad) sólo se justifican si redundan en beneficio de los más desfavorecidos (tanto en función de sus capacidades naturales, como de su estatus social) y se vinculan a funciones establecidas accesibles a todos en un régimen de igualdad de oportunidades) [Sucasas, 2003:83].

Sólo podríamos entender la inserción de la criminalización en esta acepción si reconocemos que la pena (criminalización del consumo, con pérdida de la libertad) no se corresponde a la falta.

“Las desigualdades en la distribución de los bienes sociales (ante todo riqueza y autoridad) sólo se justifican si redundan en beneficio de los más desfavorecidos...” ¿De qué manera la pérdida de la libertad del consumidor, por el hecho de serlo, redundaría en un beneficio sobre los más desfavorecidos?, ¿no son precisamente los más desfavorecidos, como el caso de Mario, los que resultan más afectados con este tipo de políticas? De cualquier manera no habría por qué aceptar que se considerara el consumo, en sí mismo, como un delito. Los argumentos que lo sostienen no son convincentes.

Por otro lado, criminalizar está asociado a la estigmatización, pues no se refiere sólo a una relación estrictamente en el orden jurídico, sino al acto de criminalizar, acriminar: “Acusar de crimen o delito; atribuir, imputar culpa o falta grave” (Enciclopedia Sopena).

Criminalizar el consumo de drogas ilegales debe entenderse también en el sentido del prejuicio, pues la práctica social así lo construye, entendiendo por prejuicio lo plantado por W. Allport [1962:20]: “Quizá la definición más breve que se puede dar de prejuicio es la siguiente: *“pensar mal de otras personas sin motivo suficiente”*. Esto hace referencia a lo infundado del juicio y al tono afectivo. Otra definición que da W. Allport: *“Una actitud hostil o prevenida hacia una persona que pertenece a un grupo, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetables atribuidas a ese grupo”*. ¿De dónde proviene la atribución de dichas cualidades objetables?, ¿no es acaso la misma política prohibicionista la que obliga a que el consumo se dé en la clandestinidad?, ¿no es precisamente esta política prohibicionista la que orilla a los consumidores a acercarse a los grupos delincuenciales? Es la política prohibicionista la que ha hecho la reiterada imagen de la relación del consumo con los actos delincuenciales.

Esta construcción del consumo como un acto delictivo en sí mismo se ha estructurado en la conciencia de la gente formando juicios inmediatos y no reflexivos, se ha convertido en sentido común, entendiendo por sentido

común el conjunto relativamente organizado de pensamiento especulativo; son liberaciones inmediatas de la experiencia y no reflexiones deliberadas sobre ésta [Geertz, 1994:95]. Así, la construcción que resulta de la experiencia, que por otro lado no es directa con el consumidor, salvo en ocasiones excepcionales, ya que el consumo se ve orillado a la clandestinidad, se realiza de forma diferida, en contextos delincuenciales. La prohibición del consumo de drogas ilegales ha traído condiciones propicias para que los verdaderos criminales resulten beneficiados con una ganancia que de otra manera no podrían conseguir.

La construcción del concepto adicción está referida a la relación que se establece entre sujeto y sustancia, la cual implica que el consumo de drogas psicoactivas conlleva relaciones conflictivas, por lo que la relación se entiende como problemática. Sin embargo, habría que reconocer que la relación entre consumidor y sustancia está inmersa precisamente en el contexto a partir del cual a la primera se le atribuye el carácter de problemática o no, pues el consumo de drogas psicoactivas en contextos diferentes puede no sólo ser entendido como normal, sino incluso ser deseable o esperado. Pensemos en el consumo de mezcalina entre los huicholes, quienes ritualizan el consumo del peyote; es, además de normal, deseado, en la medida en que forma parte de la comunicación necesaria e incluso esperada para la integración en los referentes culturales que le dan sentido a los elementos de identidad social en que se construyen los sujetos que comparten la cultura huichol.

Acéptenlo o no los defensores de las políticas prohibicionistas, los consumidores funcionales existen y deben ser replanteados sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA:

Bourdieu, Pierre

1991 *El sentido práctico*, Madrid, Taurus Ediciones.

Foucault, Michel

1995 *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI.

Genovés, Santiago

1991 *Expedición a la violencia*, México, FCE.

Geerts, Cliffort

1994 *Conocimiento local*, Barcelona, Paidós.

González, Carlos

2000 "Aspectos legislativos", en *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Grupo Igia y colaboradores.

Husak, Douglas

2003 *¡Legalización ya!*, Madrid, Foca.

Laín Entralgo, Pedro

1995 *Cuerpo y alma*, Madrid, Espasa Calpe (Austral, 295).

Martínez Echeverri

2001 *Diccionario de Filosofía*, Bogotá, Panamericana Editorial.

Rawls, J.

1997 *Teoría de la justicia*, Madrid, FCE, en Sucasas, Alberto, "Interpelación de la víctima y exigencia de justicia", José María Mardones y Reyes Mate (Eds.), *La ética de las víctimas*, Barcelona, Anthropos Editorial.

Romaní, Oriol

1999 *Las Drogas, sueños y razones*, Barcelona, Ariel.

Sucasas, Alberto

2003 "Interpelación de la víctima y exigencia de justicia", en José María Mardones y Reyes Mate (Eds.), *La ética de las víctimas*, Barcelona, Anthropos Editorial.

W. Allport, Gordon

1962 *La naturaleza del prejuicio*; Buenos Aires: EUDEBA.

Discriminación, discurso y SIDA

María de la Luz Sevilla González
Instituto Politécnico Nacional

RESUMEN: *El presente artículo hace un recorrido a través de la historia de diferentes enfermedades epidémicas de occidente, desde la lepra en el siglo XIII hasta llegar a la enfermedad del SIDA, en los albores del siglo XX, revelando los modelos o esquemas presentes en cada una de las enfermedades analizadas, así como la representación social que han tenido en un momento histórico. La segunda parte del artículo tiene como objetivo analizar algunos de los elementos que están en juego en el discurso cotidiano del afectado por el VIH, así como establecer la relación entre discurso, acción y situación mediante cambios de actitudes y estrategias que han sido utilizadas por los afectados para asimilar la enfermedad.*

ABSTRACT: *The present article, in its first part makes a tour to different epidemic west diseases, from the leprosy in the century XIII, until arriving to the disease of the AIDS in the whiteness of the century XX, revealing models or present plans in each one of the analyzed diseases, as well as the social representation that had in their historical moment. The second part has as objective to analyse the elements that related in the daily speech of the affected by the VIH, as well as to establish the relationship among speech, action and situation through attitudes or strategy changes that they have been used to assimilate the disease.*

PALABRAS CLAVE: *SIDA, enfermedad, discurso, estigma, historia, bioética.*

KEYWORDS: *AIDS, disease, discours, stigma, history, bioetics.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del SIDA desde su aparición ha venido a remover viejos tópicos y ha restaurado miedos y prejuicios que hacen cuestionar cíclicamente nuestra visión sobre la vida y la muerte. Asociación inseparable y difícil de aceptar para Unamuno, para el hombre de la calle y para la sociedad occidental en general. A principios de los años ochenta en la ciudad de

California y Nueva York se diagnosticaron los primeros casos de VIH/SIDA. Sería innecesario a estas alturas del siglo traducir lo que significa SIDA porque es uno de los fenómenos bio-socio-culturales de mayor trascendencia y preocupación en todo el mundo. A más de 22 años de su aparición oficial en el planeta, todavía se arrastran actitudes de discriminación, rechazo y estigmatización por padecer SIDA o estar contagiado por el VIH.

ANTECEDENTES DEL CONCEPTO ENFERMEDAD

Existe entre los conceptos enfermedad y vida una relación inseparable y dependiente una de la otra, ya que no podríamos hablar de una premisa sin que faltase la otra; es así que la enfermedad existe desde que se inicia la vida misma.

La enfermedad es un fenómeno universal. Por lo que todos los grupos humanos han desarrollado uno o varios sistemas para combatirla. De esta manera han creado categorías para designarla, explicarla y/o justificarla [Kenny, 1980].

A través del estudio de la cultura, es posible analizar la enfermedad desde una óptica holista, donde es importante determinar tanto su origen biológico como la explicación que el individuo tiene del fenómeno y las políticas sanitarias llevadas a cabo. De esta manera se estudia al individuo no sólo como mecanismo biológico, sino como ese ser que es cuerpo, mente y cultura; donde el estudio de la religiosidad, la magia, los prejuicios, la moral social existente, el temperamento, los estados anímicos, el desarrollo industrial y los factores históricos y económicos son determinantes para comprender el desarrollo de una enfermedad epidémica, como el caso del SIDA, y a partir de aquí poder plantear alternativas sanitarias.

El concepto de enfermedad ha ido cambiando a través del tiempo. En la Edad Media, por ejemplo, la enfermedad era entendida como una maldición que aquejaba a una comunidad, producto del castigo divino; en ese momento la idea de padecer que recaía en un individuo se entendía más como perteneciente al colectivo; y en ese sentido la enfermedad era concebida como “de una comunidad” afectada.

La enfermedad concebida como castigo divino fue producto de los preceptos religiosos de la Biblia:

Si oyeres atentamente la voz de Jehová tu Dios, e hicieres lo recto delante de tus ojos, y dieres oído a sus mandamientos y guardares todos sus estatutos ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque yo soy Jehová tu sanador [*La Santa Biblia*, 1960; A), citada en Kenny, s/f].

Una de las variadas plagas que aparecen en la Biblia es la que a partir de esparcir puñados de ceniza de un horno, “resultaran tumores apostemados, así en los hombres como en las bestias, por toda la tierra de Egipto” [*La Santa Biblia*, 1960; B), citada en Kenny, s/f].

Por lo tanto, la idea de enfermedad que primaba era: la enfermedad como un castigo; y el designio a enfermarse provenía de fuera de la persona.

La enfermedad de la lepra es reconocida como una epidemia de las más contagiosas y más antiguas. Durante la Edad Media asoló terriblemente a las comunidades. Fue entendida por la religión como castigo divino. Otra explicación que se daba de esta enfermedad era la de atribuirse a la ingestión de carne de cerdo o de condimentos, como el ajo y la pimienta.

Por ser una enfermedad incurable y contagiosa se le mantuvo a distancia, creándose así los leprosarios, centros en donde estarían reclusos los afectados, donde no infundirían temor y donde el peligro al contagio desaparecería. Por lo que los sistemas de exclusión comenzaron a funcionar; en efecto disminuyó el contagio de la enfermedad, pero también fueron sentadas las bases de justificación para segregar al enfermo contagioso, fue utilizada la palabra “leproso” para designar al enfermo contagiado de lepra, calificativo con carácter peyorativo y con una significación de rechazo.

Con la enfermedad de la lepra también son creados valores y representaciones sociales de la enfermedad, es decir, el leproso tendrá una representación social o imagen que será distinguible de otro enfermo: las deformidades físicas y aparentes con las que cursa el enfermo de lepra, junto con la mutilación de la parte afectada, y las secreciones, crean una imagen característica de la enfermedad que la hace distinguible de otras.

El horror, el temor y el contagio que la lepra infundía fueron la justificación para que los demás lo apartaran, recluyéndolo en lugares donde existían “otros como él”; en este lugar el leproso no sería rechazado ni juzgado y sería aceptado tal como era. Junto a otros como él que padecían la enfermedad y que se identificaban como dentro de la “norma” para ser aceptados. Fueron creados así los leprosarios: centros de acogida de enfermos.

La lepra fue considerada una de las plagas que ensombrecieron la Edad Media. “El temor a todas las enfermedades juntas no podía compararse al temor que infundía la lepra” [McMillen, 1969). Durante los dos siglos siguientes, la lepra se convirtió en uno de los problemas más graves y temidos de salud pública en Europa.

Desde aquí podemos observar cómo se estableció una interesante separación figurada entre cuerpo enfermo y espiritualidad sana. Se pensaba que mientras se asumiera la enfermedad como prueba de sacrificio en vida, espiritualmente eso enaltecía al individuo; también cabe mencionar que la

medida más eficaz para controlar la enfermedad fue la de aislar a los enfermos de los individuos no contagiados.

En pleno siglo XXI, la lepra es una de las enfermedades con menor incidencia en todo el mundo, la vacuna BCG protege contra la enfermedad, junto con la quimioterapia; en la actualidad son los métodos más eficaces para combatirla.

Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecieron en la memoria histórica de las culturas. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde [Foucault, 1992].

Estas estructuras aparecen nuevamente con el cáncer y con el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), como lo veremos más adelante.

Podemos rastrear cómo en algunas sociedades tradicionales el concepto de castigo para el grupo o la comunidad era una idea que giraba para poder explicar su aparición y difusión. Este tipo de pensamiento motivó que algunas enfermedades fueran conocidas como “plagas”, denominación que marca la magnitud que habría cobrado tal enfermedad. Era tan grande que sólo podía compararse a plagas relatadas en la Biblia [*La Santa Biblia*, 1960; C), citada en Kenny, s/f].

Durante el siglo XIV, otra enfermedad considerada una plaga desde su aparición fue la llamada “muerte negra” o peste bubónica. De origen asiático, fue llevada a Europa a través de las embarcaciones que realizaban expediciones, comercio e intercambio con esos países. El agente causante del contagio era un bacilo existente en las deyecciones o defecaciones de las pulgas que tenían las ratas, el bacilo se encontraba también en la saliva y las expectoraciones que tenía el afectado. La forma como se transmitía la peste bubónica era a través de un bacilo llamado de Yersin o *Pasteurella pestis* que se transmitía al hombre mediante el piquete de pulgas infectadas por ratas. También este bacilo era transmitido por medio del alimento contaminado por excremento de rata, y, de manera menos frecuente, por la mordedura de este animal.

El contagio de hombre a hombre era producido por medio de la saliva o expectoración del enfermo, así como por la ropa y los artículos de uso personal. Esto aunado al casi nulo conocimiento que se tenía entonces de la asepsia. La enfermedad fue considerada horrorosa debido a las llagas, las hemorragias cutáneas, la fetidez de la zona afectada, la hinchazón, las zonas negruzcas de la piel, la inflamación de ganglios y las altas temperaturas.

La representación social que se creó con la peste bubónica estuvo relacionada directamente con las características físicas y aparentes con las que

cursaba: se trataba de una enfermedad en la que los sentidos de la vista y del olfato participaban, ya que eran muy notables la formación de bulbones negruzcos, las hemorragias y el ennegrecimiento de la piel, las secreciones y la fetidez que despedían las heridas.

La peste bubónica cobró miles de vidas debido a su rápida propagación, ya que se trataba de una enfermedad fulminante; la gente moría en pocos días, y cuando atacaba los pulmones, en ocasiones las personas fallecían en cuestión de horas.

El calificativo utilizado para referirse al enfermo fue el de “apestado”, debido a dos razones: a) era víctima de la “peste bubónica” y b) el enfermo “apestaba”, despedía mal olor. El método más efectivo para evitar su propagación fue, entonces, el aislamiento del afectado. Nuevamente vemos que se repite el modelo de la exclusión de los enfermos para evitar el contagio de la enfermedad.

El hombre empieza a tener conciencia de ser individuo y entenderse como ser particular a partir del adiestramiento social que tiene dentro de una cultura. Se puede decir que el hombre empieza a concebirse como individuo a partir de asumir en su persona los valores de libertad o de igualdad [Dumont, 1970]. Es a partir de ese momento que la enfermedad tendrá en la sociedad occidental un sentido completamente distinto al anterior, ahora en términos ligados al individuo. A partir de entonces se concebirá la enfermedad como concerniente al individuo directamente.

Dentro de las enfermedades venéreas que en Europa causaron conmoción se encuentra la sífilis, causante de epidemias a finales del siglo xv. Hay algunas versiones que la ubican después del descubrimiento de América. El enfermo de sífilis fue señalado por los demás y rechazado porque se trataba de una enfermedad relacionada con la sexualidad, tema tabú por excelencia, cargado de implicaciones religiosas y de valoraciones morales. Se trataba de una enfermedad que, por el hecho de no ser mortal, generó diferentes modelos de actuación. Era calificada como una enfermedad vergonzosa; y al estar relacionada con la sexualidad entraban en juego diversos prejuicios: el enfermo de sífilis era segregado por los demás y calificado como degenerado y poco moral debido a que demostraba haber hecho mal uso de su sexualidad. El tabú que giraba en torno a la enfermedad de la sífilis, maximizó sus implicaciones otorgando una gran carga simbólica.

Como medida preventiva contra la enfermedad se utilizó nuevamente el modelo de exclusión de siglos atrás, aunque fueron atendidos en los hospitales donde antes había leprosos, ahora no se trataba de recluirllos o de apartarlos sino de atenderlos médicamente para sanarlos; se efectuó un

control más férreo hacia la prostitución, por lo que a los grupos marginados se les reprimió aún más con estas medidas. La representación social de la enfermedad se dio a partir de los prejuicios originados por la moral sexual y por los efectos visibles que la enfermedad genera a partir de su desarrollo, como los bubones sifilíticos o ulceraciones en la piel.

Desde la época de los griegos, las enfermedades mentales habían sido la causa de múltiples y variadas explicaciones: eran asociadas a posesiones demoniacas, a hechicería, a encantamientos, a la posición de los astros, al castigo divino, o a las conjunciones de diferentes humores del individuo. A mediados del siglo XVII, el fenómeno de la locura repite los modelos anteriores de exclusión; los enfermos extranjeros fueron expulsados de la comunidad y los originarios, confinados y recluidos, con presupuesto del gobierno. Los hospitales tuvieron que ver más con el modelo de prisión, ya que los enfermos no fueron atendidos médicamente, sino únicamente encerrados. En el siglo XVII en la ciudad de Nuremberg, “en ocasiones algunos locos eran azotados públicamente, y como una especie de juego los ciudadanos los perseguían simulando una carrera, y los expulsaban de la ciudad golpeándolos con varas” [Foucault, 1972:25].

Aquí aparece nuevamente la separación entre cuerpo y alma, en este caso las dos figuras, cuerpo y alma, eran consideradas enfermas; existía entonces la creencia de que Dios protegía a los locos porque eran como niños. La enfermedad de la locura se trataba con un sentido diferente, el individuo sería excluido socialmente pero se le integraría espiritualmente. “El acceso a las iglesias estaba prohibido a los locos, aunque el derecho eclesiástico no les vedaba los sacramentos” [*ibid.*:18].

La imagen “del loco” ha sido desde entonces una imagen misteriosa, cargada de símbolos que los escritores, pintores y poetas han representado. La palabra “loco” es utilizada con gran frecuencia; se califica como “loco” a aquella persona que realiza alguna actividad descabellada, se dice que las grandes ciudades en que vivimos son un “mundo loco” o que debido a factores como el estrés, la angustia o la frustración “nos están volviendo locos” y las personas que se mueven en ambientes sensibles como músicos, pintores, escultores, escritores, el ser calificado como “loco” se considera como atributo positivo. Esto hace que en la actualidad el calificativo “loco” tenga diferentes connotaciones, y no sea entendido solamente en un sentido peyorativo, sino también enaltecedor.

El cólera fue la enfermedad relevante del siglo XVIII, causante de la muerte de millones de individuos. Se asocia a la suciedad y a la falta de higiene, ya que el medio de contagio son la saliva y las heces fecales presentes en alimentos.

Las medidas higiénicas... aun en las grandes capitales, eran muy rudimentarias. Era cosa normal vaciar los excrementos en las calles que estaban sin pavimentar y asquerosas. En villas y ciudades el hedor era inaguantable” [McMillen, 1969:16].

En la actualidad, el cólera sigue estando presente en los países denominados “del tercer mundo”. El cólera es causante de epidemias cuyo costo en vidas es alto; se da en lugares donde las condiciones higiénicas son precarias, debido a la falta de recursos económicos, de información y de higiene en el manejo de los alimentos. La representación social de la enfermedad es la de “suciedad” o “falta de higiene”; las continuas diarreas y la deshidratación hacen que la enfermedad curse de manera muy rápida causando en ocasiones hasta la muerte en cuestión de horas, por lo que no está sujeta a reclusión y sí a internamiento momentáneo para su tratamiento. Las medidas higiénicas individuales, la utilización de tuberías para el agua potable, la canalización de los desechos a través de aguas negras y el exterminio de animales considerados como vehículos de enfermedades son las medidas preventivas más eficaces contra la enfermedad.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, podemos constatar la aparición de otra enfermedad epidémica, contagiosa y muy temida, la tuberculosis; fue conocida también como “la muerte blanca”, debido a la representación social que tuvo en esa época (el romanticismo) y a las características particulares de su curso: la palidez de la piel, la lenta consunción, el rubor en las mejillas (provocado por las altas temperaturas), la delgadez y la expiración sin dolor, las cuales hicieron que se creara el mito de que la dolencia aquejaba a individuos de gran sensibilidad, como el músico Federico Chopin; algunas personas con poder económico eran internadas en hospitales donde el lujo y la seducción que giraban en torno a esta enfermedad se conjugaban haciendo a un lado el esputo sanguinolento que la caracterizaba; dichos hospitales se crearon para recluir a los afectados y evitar así el contagio de la población. Sin embargo, al mismo tiempo se creó una idea positiva de la enfermedad, la imagen de la melancolía, la sublime belleza que envuelve al enfermo y la actividad sexual incrementada fueron los imaginarios que construyeron ese mito.

Los afectados “pobres” fueron calificados como tuberculosos, repitiéndose así el sufijo “oso” y los juegos de exclusión que existían desde la Edad Media, cuando se apartaba a los enfermos de los no afectados y se utilizaban calificativos como leproso, que conlleva a una actitud peyorativa y de segregación.

En el siglo XIX hace su aparición el cáncer, que por su trascendencia viene a ocupar el lugar de importancia que la tuberculosis tenía; una enfermedad que se considera mortal, aunque en un gran porcentaje de casos es benigno y puede controlarse. El cáncer empieza por un desmesurado crecimiento de las células, que se multiplican a tal grado que, aunque en un principio pasa inadvertido, con el tiempo forma tumoraciones hasta llegar a desplazar el tejido u órgano; si continúa su crecimiento, ocasiona deformaciones y la muerte.

Es una enfermedad cuya etiología se desconoce y, por consiguiente, el temor hacia ella crece. El cáncer no es contagioso; sin embargo, al desconocerse el motivo de su origen crea desconfianza y rechazo; es objeto de calificativos excluyentes como el de "canceroso". También, al igual que en las enfermedades anteriores, se ha creado una representación social de ésta, como claramente lo expresa un comentario de una persona cuya pareja ha fallecido víctima de cáncer:

Informante 1:

Es como si la gente enferma de cáncer se fuera contrayendo, haciéndose chiquita, como si el cuerpo se hiciera pequeño y enjuto; además, la piel se vuelve seca y cambia de color, como un color verdoso y cenizo, y la delgadez, eso siempre es un indicio de tener cáncer; bueno, eso cuando el cáncer no se ve, pero cuando se tiene a la vista, se empieza a deformar la parte enferma, y también cuando usan el gorro o algo para tapar el pelo, pero eso ya es indicio de que ya son avanzados en eso.

Los siguientes testimonios pertenecen a los miembros de la familia, esposa (informante 2) y 3 hijos (informantes 3, 4 y 5), que han vivido la experiencia del cáncer. El paciente con cáncer de faringe duró 9 meses con tratamientos: cirugía, quimioterapia y radioterapia: Durante la entrevista grupal, los integrantes de la familia hacen alusión a la representación social del cáncer de su pariente, cuya duración fue larga, significado que comparan entre varios de ellos.

Pregunta: ¿Si quisiera identificar a un paciente con cáncer, en qué cosas debería fijarme?

Informante 2: "Si el cáncer está oculto, y está en tratamiento de radiaciones, el paciente adelgaza, la piel se pone gruesa y se ve como su esqueleto detrás de su propia cara y los enfermos se vuelven mas lentos" .

Informante 3: "En un principio no se notaba, pero cuando la enfermedad avanzó, adelgazó mucho, pues no comía por las náuseas de la quimioterapia. Son gente triste, se volvió más solitario, como una alma en pena".

Informante 4:

La alusión a cubrirse la cabeza es para ocultar lo desagradable de la caída del cabello; cuando se utilizan la quimioterapia o la radioterapia, la gente los mira de reojo y el paciente se siente muy mal. Pienso que la gente cambia de forma de ser, se vuelven sombríos, tristes, pierden el gusto por la vida y tienen mucho miedo a morir. No lo dicen, pero mi papá tenía mucha tristeza, no se quería morir. Su piel se puso como azulada de tanta medicina.

El cáncer es una enfermedad que deteriora a los individuos que la padecen y cuya muerte suele ser dramática y dolorosa, porque existen factores como el sufrimiento, la formación de tumores o deformación de alguna parte del cuerpo. Cuando se diagnostica el cáncer, la mayoría de las veces la familia recibe el resultado a fin de que ella misma ayude a preparar al paciente para recibir la noticia, ya que serán los mismos familiares quienes tendrán que apoyar al afectado durante su enfermedad.

Con estas connotaciones se ha creado la imagen de cáncer=muerte, aunque con el tiempo el cáncer se ha vuelto una enfermedad menos oculta y sus tratamientos, más del dominio común; ciertas palabras asociadas a ella se han vuelto parte de nuestra cotidianidad: tumor, carcinoma, quiste, radiación, quimioterapia, biopsia.

Un diagnóstico oportuno es un factor determinante para su curación. Debido a esto se desarrollan continuamente campañas para su detección, y para su control se utilizan terapias que, aunque son métodos agresivos al organismo, en ocasiones logran controlar la enfermedad. En la actualidad, el cáncer ocupa el tercer lugar en las causas de defunciones de adultos.

ASPECTOS BIOÉTICOS Y EL VIH/SIDA

En los primeros años de los ochenta empiezan a aparecer, en las ciudades de California y Nueva York, casos de inmunodeficiencia. Con el tiempo, este factor sirvió para que se le denominara síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Aunque el síndrome no existe hasta años después de que el portador fue contagiado por el VIH, que es cuando aparecen las enfermedades oportunistas, como tuberculosis, sarcoma de Kaposi, linfadenopatías, hepatitis C, neumonía, etc. Sólo entonces podemos hablar de la enfermedad del SIDA.

Debido a la trascendencia que tiene a escala mundial, viene a ocupar el lugar de atención que hasta entonces tenía el cáncer; repite modelos de exclusión que existían desde la Edad Media, como en la enfermedad de la lepra, y se segrega al enfermo; causa temor debido a las connotaciones que se han utilizado para hablar de su capacidad de afectar a otros: transmisión, contagio, infección.

Se trata de una enfermedad cuyo origen es desconocido hasta ahora, esto hace que se cree un ambiente de misterio y miedo, a pesar de que están perfectamente establecidas las vías de contagio. Los afectados son rechazados por la familia, los amigos y gente que les rodea; por el personal sanitario, por el personal administrativo de los hospitales. Estas actitudes, aunque injustificadas, deben reforzarse en programas permanentes, porque sólo serán controladas a partir de la información y de una cultura del respeto y de la atención digna a los pacientes. En este siglo se debe cambiar la sentencia de SIDA=muerte por otra que considere que el SIDA es una fase crónica.

Debido a que el sistema sanitario no está preparado para atender todos los casos de portadores del VIH o enfermos de sida, se han ido creando formas de organización particulares, en las que participan tanto el Estado como organizaciones no gubernamentales, de las cuales han surgido grupos o asociaciones civiles que desempeñan la labor humanitaria y altruista, tanto para dar apoyo moral, psicológico y médico como para recibir a enfermos terminales que no tienen hogar ni acceso a servicios médicos.

Nunca antes, respecto a otras enfermedades, se había tratado de concienciar a la población sobre el derecho que tiene un afectado de VIH o enfermo de sida de vivir tranquilamente sin ser rechazado, de ser atendido cuando sea necesario y de morir de manera digna.

Asimismo, nunca antes se había formulado por parte de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Comunidad Económica Europea (CEE), la UNESCO y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), una declaración que contrarrestaría los efectos del rechazo, abusos y violaciones de los derechos del afectado por el VIH, y que fue denominada Declaración Universal de los Derechos de las Personas con VIH/SIDA.

Se han creado símbolos como parte de la solidaridad y apoyo hacia las personas que tienen VIH/SIDA; el lazo rojo se retoma en varios países del mundo como símbolo de apoyo al afectado, las mantas con el nombre de un amigo o hermano que ha fallecido víctima de esta enfermedad, anuncios radiofónicos y televisivos, series y comedias en las que la intención es dar una visión diferente del afectado para contrarrestar la desinformación, el miedo y el rechazo. Dichas acciones han logrado desaparecer las fronteras en el apoyo a esta causa.

Sobre la denominación "sidoso", se ha visto que a través de la historia, desde que existía la enfermedad de la lepra en la Edad Media, el sufijo "oso" era utilizado como calificativo; no por ello se justifica, ya que, lo mismo que en esa época, la palabra *sidoso* conlleva una carga peyorativa y

excluyente, es un modelo que se repite, como decía Michael Foucault, desde siglos atrás, cuando se le designaba leproso al enfermo de lepra.

Se trata de una de las enfermedades más singularizantes que hay; cuando se diagnostica la seropositividad, el resultado se entrega sólo al interesado, no a la familia como en el caso del enfermo de cáncer. Se da en este momento un gran impacto a nivel de la identidad y le corresponde a la persona asimilarlo o no; al tratarse de una enfermedad que inexorablemente terminará con la muerte, el afectado es quien directamente debe decidir cómo seguir viviendo e incluso cómo morir; puesto que la sexualidad forma parte de los mecanismos de contagio y de reinfección, le toca al afectado resolver si ejerce su sexualidad y cómo hacerlo.

El SIDA hereda una compleja carga de valores que han tenido otras enfermedades, sólo que ahora existen dos variables fundamentales que se conjugan: la sexualidad y la finitud, porque se trata de una enfermedad mortal, lo cual hace que la enfermedad sea asumida de manera oculta y considerada por los demás como algo vergonzoso, debido a los juicios morales y prejuicios sociales que están en juego.

EL CARÁCTER ESTIGMATIZADOR

AIDS o SIDA aparece en los años ochenta como la última gran peste de la humanidad. Se detecta en sus inicios como inmunodeficiencia relativa a los gays, su denominación en inglés fue GRID; apareció como una enfermedad propia de homosexuales y, por lo tanto, relacionada con la sexualidad, lo que propició la marginación de los afectados delimitando la enfermedad de manera espacial.

Posteriormente, el SIDA se asoció a homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos, los llamados grupos 4H, y así se abrió aún más el espectro de posibilidades, pero restringiendo de nuevo la enfermedad a grupos estigmatizados socialmente, ya de por sí segregados. Es importante destacar que estos grupos fueron y son estigmatizados por distintas razones: a) homosexuales por sus prácticas sexuales, b) heroinómanos por su adicción a la heroína, c) haitianos por su pertenencia a una comunidad históricamente discriminada, d) hemofílicos por la enfermedad asociada a la sangre. Existe una connotación simbólica entre la sexualidad, los sistemas de valores, las preferencias sexuales y los tabúes; para ese entonces el problema estaba focalizado en los grupos de riesgo, y se señalaba así a los que ejercían la prostitución, a individuos toxicómanos, a homosexuales y a personas provenientes de África; con la utilización de este concepto de "grupo de riesgo" no se logró contener la epidemia del SIDA, y sí se mar-

caron nuevamente límites espaciales que aumentaron la marginación y el rechazo que ya existía hacia estos grupos sociales, por lo tanto, la población en general se creía al margen y libre de la amenaza.

Mientras tanto, la enfermedad se propagaba cada vez más e iba echando por tierra las débiles e inexistentes murallas que aparentemente la circundaban.

La población en general creía que solamente se trataba de despertar de esta pesadilla; sin embargo, las personas paulatinamente se fueron dando cuenta de que la propagación de la enfermedad las hacía despertar en una realidad que era suya. Ya no cabía dentro del esquema manejar el concepto de grupo de riesgo, porque tales fronteras nunca existieron, ya que había personas infectadas del virus que no tenían que ver con ninguno de los llamados grupos de riesgo, como los casos de personas que recibieron transfusiones, amas de casa, jóvenes que se acababan de iniciar en la vida sexual activa y recién nacidos. Fue así que se encontró que eran los fluidos orgánicos, la sangre y las mucosas los factores que se tendrían que considerar, cambiando entonces el anterior concepto de "grupo de riesgo" por otro, que tenía que ver con un conocimiento mayor sobre las vías de contagio; entonces empezó a utilizarse el concepto "prácticas de riesgo", término que se emplea en la actualidad.

La enfermedad ha sido denominada SIDA, y existe consenso mundial sobre su denominación, pero el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es el último estadio de la enfermedad, producida por el VIH, virus de inmunodeficiencia humana, y aquel que lo ha contraído es un portador o seropositivo. No un enfermo, puesto que aún no padece enfermedad alguna, sin embargo, tanto portadores de VIH como enfermos utilizan repetidamente la idea de estar enfermos siendo sólo portadores asintomáticos.

En la actualidad, la información difundida acerca de la enfermedad es otra, pues la posibilidad de contagiarse existe. Se ha creado una incertidumbre tal que el miedo crece junto con el rechazo y la insolidaridad. "Basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa" [Sontag, 1988].

Se ha mantenido la representación social de la enfermedad que se fue construyendo desde un principio: sida = muerte, había surgido entonces como una idea fija, como una sentencia lapidaria que se tenía que cumplir. En la actualidad es la idea que prima en el sentido común de la población y la asociación sigue teniendo la misma connotación que entonces.

No se teme a la seropositividad, ya que esta es una fase de la enfermedad que cursa de manera asintomática. Se teme a su desenvolvimiento, se

teme tener el SIDA, porque esto significa estar ante la posibilidad de desarrollar las llamadas “enfermedades oportunistas”, que aparecen cuando el sistema inmunológico está deprimido, deteriorando cada vez más al organismo y haciéndolo más susceptible de enfermar. Se teme al dolor y al sufrimiento y, todavía más, se teme a la muerte, a dejar de ser:

Y vienen queriendo engañarnos, con un engaño de engaños, y nos hablan de que nada se pierde, de que todo se transforma, muda y cambia, que ni se aniquila el menor cachito de materia, ni se desvanece del todo el menor golpecito de fuerza y hay quien pretende darnos consuelo con esto. ¡Pobre consuelo! ni de mi materia ni de mi fuerza me inquieto, pues no son más mientras no sea yo mismo mío, esto es, eterno... Tiemblo ante la idea de tener que desgarrarme de mi carne; tiemblo más aún ante la idea de tener que desgarrarme de todo lo sensible y material, de toda sustancia [Unamuno, 1945:60].

La muerte es en la sociedad occidental un hecho en el que difícilmente se puede estar de acuerdo. Y es la enfermedad del SIDA el detonador que ha sacado a flote nuestros miedos y prejuicios que giran en torno a nuestro concepto de vida y muerte, del mismo modo que el cáncer. Quien está enfermo de SIDA establece una diferencia entre la disociación cuerpo y alma o entre cuerpo y conciencia. El SIDA ha sacado lo mejor y lo peor de cada persona.

La descripción médica sobre la etiología de la enfermedad ha contribuido para que se cree en la conciencia de los individuos una determinada representación social de la enfermedad. Así pues, los hombres tendemos a darle forma a todo, incluso a lo que no lo tiene, en este afán racional de organizar el desorden, pues sólo lo que tiene forma es pensable. “Lo absolutamente informe es inconocible”, de ahí nuestra necesidad de tener una representación mental de lo que nos rodea.

Existe una representación social de la enfermedad que es parte de un hecho comprobable, la del deterioro físico que sufre una persona enferma, pero también esta imagen ha sido manipulada en sentido negativo por algunos medios de comunicación que presentan un tipo de información amarillista con respecto al tema; han muerto de SIDA miles de personas de todos los países del mundo, de todas las religiones, de todas las posiciones sociales; pero destacan aquellos cuyo talento ha dejado huella en la memoria de los hombres y a quienes se les recuerda por su nombre y por la enfermedad que padecieron antes de morir, entre ellos están Rock Hudson, Michel Foucault, Nureyeb, Freddie Mercury, Christopher Gillis, etc. La enfermedad del SIDA tiene en la actualidad una representación social, que se ha ido construyendo a partir de su aparición; se asocia e identifica con características físicas peculiares, como la delgadez del cuerpo y

de la cara, la palidez, la presencia de verrugas, el cansancio, el aparente envejecimiento prematuro o deterioro físico, diarreas continuas, altas temperaturas, enfermedades respiratorias y problemas de la piel. En Uganda se le conoce como la enfermedad de la delgadez “Slim”, y, en efecto, estas características aparentemente distintivas van conformando la representación social del SIDA.

Discriminación: es importante hacer hincapié en que las expresiones de estereotipos, imágenes, prejuicios, discriminación y valorización son actitudes reflejo de la forma en que un sujeto o grupo social piensa con respecto a otro u otros. Son comportamientos que se asumen desde una posición de superioridad, en la que el otro u otros son calificados como inferiores. Son actitudes claras o encubiertas, pero están presentes en la mayoría de los sujetos. El problema es identificarlas para tratar de eliminarlas y desterrarlas, no sólo de nuestras actitudes, sino también de nuestro lenguaje y cultura.

Un estudio realizado en Madrid por el Cemira (Centro de Estudios sobre Migraciones y Racismo) [Calvo Buezas, 2001] tuvo las siguientes conclusiones:

1. Gitanos y moros/árabes: los dos grupos de mayor fobia expulsatoria.
2. Negros, asiáticos, judíos, indios... segundo grupo de deportados imaginarios por limpieza étnica.
3. Estadounidenses y portugueses... una muestra sana de malsana fobia nacionalista.
4. Latinoamericanos “blanquitos”, europeos y blancos... como siempre, por ser de los “nuestros”, los menos rechazados.

En México es común asignar a Estados Unidos el calificativo de racista, sin embargo no se reconoce que México es un país donde existen también actitudes racistas, discriminatorias y xenófobas. Hace falta realizar trabajo que recupere información acerca de los distintos tipos de discriminación: de género, étnica, religiosa, social, profesional, por tipo de enfermedad y por edad.

A estos tipos de discriminación se suman otras que se van generando en la dinámica de crecimiento poblacional y migratorio. Se discrimina al pobre, al viejo, al enfermo, al indígena, al técnico, a la secretaria, al sudamericano. ¿Racismo en México?, pues sí, *racismo*, de forma velada y de manera explícita. Al suponer que por tener más clara la piel se es superior a otro; por suponer que por tener un grado académico se pertenece a un estrato social distinto al de los demás; al considerar el mestizo como inferior al indígena; al considerar el médico como inferiores al personal de enfermería, auxiliares de salud o administrativos.

Dentro de las estructuras y niveles de prejuicio social tenemos [Calvo Buezas, 2003]:

- a) Nivel cognitivo: creencias valorativas sobre cualidades favorables o desfavorables hacia el otro.
- b) Nivel afectivo: sentimientos positivos o negativos.
- c) Nivel activo conductual: disponibilidad a emprender una acción a favor o en contra.

En el ámbito de la salud se mantienen las mismas actitudes, encubiertas o disfrazadas; intencionales o sin darse cuenta, pero siempre están presentes. “La enfermedad del SIDA ha sacado lo mejor y lo peor de cada uno”. Es una reflexión de un enfermo seropositivo del desaparecido colectivo Ciempies en Madrid.

La actitud de distancia que mantienen los distintos grupos sociales entre sí tiene que ver con la identidad y se refleja en un sinnúmero de formas.

Los grupos humanos mantienen frecuentemente posiciones de distancia social, recelo, rechazo, hostilidad e incluso agresión mutua, basadas en conflictos, o simplemente se ponen a la defensiva como efecto de temores imaginarios [Calvo Buezas, 2003].

Aspectos bioéticos: la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, a finales del siglo XX, sirvió como detonador de actitudes y formas de pensar que cuestionan el humanismo médico y la solidaridad de las personas hacia los enfermos contagiados.

Esta enfermedad revela aspectos éticos que se inician desde las formas en que se contagia la enfermedad, cómo se le trata, la segregación que sufre el enfermo aun dentro de los espacios hospitalarios y familiares, es despedido por parte de los empleadores de servicios al enterarse de que un trabajador es seropositivo, la violación del derecho a la confidencialidad de los datos del afectado. Existen dilemas asociados a la atención, tratamiento y diagnóstico del paciente con VIH/SIDA, que a más de 25 años del comienzo de la enfermedad en México aún no han sido resueltos. La prevención en el medio rural es un apartado pendiente que la Secretaría de Salud todavía no considera como fundamental; tendrá que haber un número mayor de afectados para que se inicie el programa de prevención, pese a que ya se habla de ruralización del SIDA desde el año 2000 en nuestro país.

La imposibilidad de una cura ha generado a su vez falsas expectativas y un abuso indiscriminado de laboratorios y de especialistas charlatanes que ofrecen la cura a cambio de hierbas, aguas milagrosas, bálsamos, etcétera. Es urgente participar en la creación de normas que sancionen a los

profesionales que, aprovechando la necesidad del paciente, hagan negocios de su necesidad. La bioética tendrá que establecer normas para evitar estos abusos del personal de salud.

Se requiere tomar decisiones en las tres áreas de trabajo en salud: 1) área preventiva, 2) terapéutica y 3) de investigación.

- 1) Área preventiva. Cada una de éstas ha generado conflictos particulares que la bioética aborda; por ejemplo: desde un inicio de la enfermedad, las secretarías de Salud no estaban preparadas para enfrentar el problema, tuvieron que organizarse ONG (organizaciones no gubernamentales) para apoyar a los afectados que no contaban con servicios de salud institucionales.
- 2) Terapéutica. Es esta área tal vez donde mayormente se hayan denunciado quejas por parte de los afectados. El médico que se negó a tratar al paciente con VIH/SIDA, ¿es posible aceptar la “objeción de conciencia” de un médico sin que el afectado se sienta discriminado por tal actitud? Situaciones como estas y muchas más revelan los paradigmas presentes en bioética con respecto a los pacientes portadores del VIH.
- 3) Investigación. Son varios los aspectos que en investigación se han abordado desde la bioética, el uso del consentimiento informado para la participación de protocolos de investigación. El consentimiento para la prueba de medicamentos en grupos de estudio, el abuso de no respetar los datos de confidencialidad de los pacientes [Casado M., 1996].

Los conflictos generados en la transmisión vertical del VIH, es decir, del contagio de la madre al hijo durante el parto, de los conflictos más difíciles de resolver. ¿Tiene derecho una mujer a embarazarse siendo portadora del VIH/SIDA? Cualquiera que sea la respuesta tiene consecuencias que, nuevamente, son de difícil solución. El conflicto de identidades, el conflicto familiar, de pareja, social. El tener un hijo seropositivo requiere respeto y aceptación de una sociedad plural. Problemas como estos aún no han sido resueltos. La falta de solidaridad en los colegios de educación primaria, el miedo por parte de los padres y maestros para evitar el contagio. La experiencia ha mostrado que no es suficiente conocer la información sobre las formas de contagio; los sujetos rechazan por miedo y por prejuicios que no se disuelven fácilmente. La sociedad no está preparada para enfrentar la pandemia del VIH/SIDA, aun a 25 años del inicio de la enfermedad en México.

México ha tenido avances importantes al enfrentar el SIDA. Cuenta con el Censida (Centro Nacional para la Prevención del SIDA), un organismo rector de las tres acciones mencionadas en el párrafo anterior. En este Censida participan OG (organismos gubernamentales) y ONG (organismos no gubernamentales) que trabajan conjuntamente atendiendo distintas áreas. En el IX congreso Nacional sobre SIDA en Oaxaca, el entonces se-

cretario de Salud, Julio Frenk Mora, mostró los avances importantes que México ha realizado en materia de VIH/SIDA. Durante los últimos años se destinaban 650 millones de pesos para la compra de medicamentos retrovirales, a diferencia de los 12 millones presupuestados; también se crearán a escala nacional Capasits (clínicas especializadas para la atención especializada a pacientes con la enfermedad).

El VIH/SIDA ha roto las fronteras y su ruralización es otro detonante que está por llegar a los países de América Latina, donde los determinantes sociales en salud son asunto clave para seguir insistiendo en el largo camino que queda por recorrer. A los tomadores de decisiones en salud corresponde la tarea de llevar a cabo la prevención oportuna en áreas que ya tienen indicios de ruralización y donde hay poca o nula prevención. Una corriente humanista es la más justa y promueve el principio de prudencia y responsabilidad que debe caber en dichas autoridades.

BIBLIOGRAFÍA

Bachelard, Gastón

2000 *La poética del Espacio*, México, FCE.

Calvo Buezas, Tomás

2001 *Inmigración y Universidad. Prejuicios racistas y valores solidarios*, España, Editorial Complutense.

Casado, María

1996 "EDECS", Barcelona, SL.

Conasida et al.

1994 Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA, México.

De Unamuno, Miguel

1945 *El sentimiento trágico de la vida*, Argentina, Espasa Calpe, p. 60.

Dumont, L.

1970 *Homo Hierarchicus*, México, Aguilar.

Ferrater Mora, J.

1972 *Las palabras y los hombres*, España, Península.

1988 *El ser y la muerte*, Alianza Universidad.

Foucault, Michel

1972 *Historia de la locura*, México, FCE, p. 25.

1992 *El orden del discurso*, cap. I, "Stultifera Navis", Madrid, Siglo XXI.

Garau, Javier

1990 *El SIDA*, Barcelona, Emeka.

García García, José Luis

1990 "El discurso sobre el espacio y la identidad cultural", Simposio Internacional de Antropología, Madrid, Centenario de Otero Pedrayo, Consejo da Cultura Gallega, pp. 73-88.

- 1992 "El discurso del nativo sobre su propia cultura", en *El uso del Espacio: Conductas y discursos*, Barcelona, La tierra, mitos, ritos y realidades, Anthropos.

García Gómez, M.

- 1985 *Derechos humanos y Constitución española*, Madrid, Alambra.

Kenny, Michael y Jesús M. de Miguel

- s/f *La Santa Biblia*, 1960, "Antiguo testamento", México, a) Éxodo 15:26; Sociedades Bíblicas en América Latina; b) Éxodo 9:9; c) Éxodo cap. 7 al 13.

- 1994 *La antropología Médica en España*, "Sobre el concepto de enfermar", Barcelona, Anagrama.

León, Denis

- 1955 *Después de la muerte*, México, Orión.

Marcel, Sendrail

- 1983 *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe.

McMillen, M.D.

- 1969 *Ninguna enfermedad*, México, Tipografía Unión.

Ministerio de Sanidad y Consumo et al.

- 1999 "Plan nacional sobre las drogas", en *Infección por VIH en usuarios de drogas*, España.

Pellotier Franco, V. M.

- 1997 *Ideología y discurso económico campesino*, México, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 77.

Pérez Argote, Alfonso

- 1986 *La identidad colectiva: una reflexión abierta desde la sociología*, España, Revista de Occidente, núm. 56.

Readers Digest et al.

- 1971 *Enciclopedia médica*, México.

Sontag, S.

- 1988 *El SIDA y sus metáforas*, España, Munik.

Stubs, Michael

- 1987 *Análisis del discurso*, Madrid, Alianza Editorial.

Velandia Mora, Manuel

- 1996 *De la discursiva negativa a la discursiva positiva, una propuesta de análisis sociológico*.

Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones

Luis Berruecos Villalobos

Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)-Xochimilco

RESUMEN: *Se aborda, en primer término, el problema de la multitud de definiciones sobre el tema del uso y abuso de drogas que han llevado a varias confusiones y por lo cual es necesario hacer varias aclaraciones. También se plantea que, contrariamente a lo que se piensa, no es verdad que el problema del consumo de drogas en los últimos años se ha sumado a los conflictos ya derivados del desarrollo tecnológico y del cambio acelerado en los procesos sociales y culturales, ello en virtud de que si se analiza desde el punto de vista diacrónico, se verá que existe desde tiempos inmemoriales. Lo cierto es que tanto su incidencia como su prevalencia se han modificado radicalmente. Posteriormente se discute la tipología de drogas y el papel de la antropología en el enfoque hacia el estudio de este fenómeno desde el punto de vista social y cultural, resaltando los factores que motivan al individuo a la utilización de las drogas y la diferenciación en cuanto a las formas y maneras de uso y abuso de éstas. Como ejemplo de lo anterior, se extiende la presentación al caso del consumo del alcohol en razón de que constituye el más grave problema de drogas en nuestro país, para lo cual se aborda un análisis de las definiciones, los estudios culturales al respecto y los enfoques teóricos sobre la cultura y el consumo, así como los aspectos culturales del problema del consumo del alcohol y las sustancias adictivas y lo que se ha hecho en cuanto a la investigación social y cultural del alcoholismo, lo que reflejan las encuestas y lo que debe hacerse a futuro, señalando que, mientras no se actúe de manera integral, poco podrá hacerse para contender con los problemas que este asunto acarrea.*

ABSTRACT: *To begin with, we discuss the abundance of definitions around the topic of use and abuse of drugs which have led to much confusion and consequently are important to make some distinctions. Also, contrary to what is thought, we assume that it is not true that the problem of drug consumption has become lately in the last years as a new society's problem derived from technological development and accelerated change in social, cultural and economic terms. If the problem is analyzed diachronically, it is easily observed that is an old problem. That is true, however is also a fact that incidence and prevalence have changed lately. Later on we discuss the typology of drugs and the role of anthropology in the study of this problem from the social and cultural point of view making special attention to the factors that motivate individuals to use drugs and the different forms and manners in which individuals use them. As an example of the*

latter, we exemplified with the case of alcohol consumption since is the worst drug problem all over the world. We also analyze some definitions concerning alcohol consumption, and make a profound analysis of the different cultural studies done to this point about it and what has been done in terms of social and cultural research, and what the surveys have to tell us about modes and manners of consumption as well as what can be done in the future to avoid these problems derived from alcohol and other drugs consumption. Finally we propose an integral and comprehensive analysis of the situation to encounter better solutions.

PALABRAS CLAVE: *drogadicción, farmacodependencia, drogodependencia, uso y abuso de drogas, enfoque antropológico de las adicciones.*

KEYWORDS: *drug addiction, drug dependence, pharmacodependence, use and abuse of drugs, anthropological approach to addictions.*

¿UN PROBLEMA NUEVO?: DEFINICIONES Y MÁS DEFINICIONES

Muchas personas han querido ver en el uso de drogas la salida a una serie de situaciones de la vida cotidiana, sin prevenir las consecuencias que su consumo acarrea; sin embargo, se sabe que el uso de algunas drogas no es nada nuevo en la historia [v. Berruecos, 1974] y, contrariamente a lo que se piensa, no es verdad que el problema del consumo de drogas en los últimos años se ha sumado a los conflictos ya derivados del desarrollo tecnológico y del cambio acelerado en los procesos sociales y culturales, ello en virtud de que, si se analiza desde el punto de vista diacrónico, se verá que existe desde tiempos inmemoriales. Lo cierto es que tanto su incidencia como su prevalencia se han modificado radicalmente.

Al uso o adicción a las drogas se le ha llamado comúnmente “drogadicción” y, en razón de la carga peyorativa que significaba señalar a alguien como “drogadicto”, se le conoció después y por un tiempo en términos científicos como “farmacodependencia”, esto es, dependencia, tanto física como psíquica, a los fármacos de los cuales se abusa, definición que no consideraba otras sustancias naturales, por ejemplo, que no son precisamente fármacos.

En el continente europeo, concretamente en España —y por “contagio” ello pasó a otros sudamericanos—, se acuñó el término de “drogodependencia” quizá en un intento por subsumir las dos anteriores definiciones en una palabra horrible que también tiene una carga peyorativa muy negativa.

Por las razones expuestas y para abrir más la definición, los expertos recientemente prefirieron utilizar la idea de “problemas causados por el consumo de drogas”, que pueden ir desde un vómito hasta la propia muerte. Así, recordamos que se entiende por “farmacodependencia” el estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un

fármaco, en la que se presentan modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerir el fármaco o droga de manera periódica, para evitar el malestar sufrido por la privación [oms, 1964], por lo cual una droga viene a ser “cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental” [BNDD, 1971:3].

En cuanto a la diferenciación entre el uso y abuso de drogas, cabe mencionar el esquema conductual de Gleen [1973] que explica de una mejor manera los diferentes tipos de conductas asociadas al uso y abuso de las drogas. Estos cinco tipos de conductas son la experimental, la que se da en un contexto social-recreacional, la que implica niveles de búsqueda, la disfuncional y la suicida. En resumen, podemos ver que el costo social de la farmacodependencia puede llegar a elevarse tanto que afecte otras áreas del desarrollo de un país, por lo cual es inminente el establecimiento de equipos interdisciplinarios que se dediquen a la investigación no sólo del adicto institucionalizado, el encarcelado o el hospitalizado, sino también del que vive en otros contextos que no son los señalados y que constituyen el mayor número de casos. Los programas, no sólo desde el punto de vista psicológico o individual, sino en términos de comunidad, son cada vez más apremiantes.

Un ejemplo que quizá ilustre las confusiones a las que hacemos referencia se relaciona con el caso de la droga más popular, quizá la más antigua y aún la más utilizada en casi todo el mundo: el alcohol. Al respecto y sin temor a equivocarnos, existen tantas definiciones acerca de la última fase de su consumo excesivo, el alcoholismo, como especialistas interesados en el problema. Sin embargo, la definición de la oms y la del doctor Keller son las que más se aproximan a los comunes denominadores. La oms, por su parte, afirma que los alcohólicos son bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física o mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien, que ya presentan síntomas de tales manifestaciones [oms, 1952]. Por su parte, Keller [1976:1695] dice que el alcoholismo es un “desorden de la conducta que se manifiesta por medio de la ingestión repetida de grandes cantidades de bebidas alcohólicas que permiten un comportamiento anormal o desviado y causan daño al funcionamiento social, económico o de la salud del que las ingiere”. El doctor Velasco Fernández [1981:30] afirma que hay grandes variaciones individuales de respuestas al alcohol y que, por lo tanto, ciertos sujetos reaccionan incluso ante ingestiones moderadas, de manera tal que un observador no exper-

to podría clasificarlos como alcohólicos. En realidad, continúa Velasco, pueden serlo si reúnen la característica de intoxicación, es decir, una respuesta anormal que presenta desorganización de la conducta, cambios espectaculares del humor, agresividad explosiva y amnesia variable. En otro trabajo, Velasco [1980:47] clasifica las diversas definiciones del alcoholismo como: a) aquellas que se refieren al alcohol mismo; b) las que enfatizan los factores sociales y c) las variadas, que hacen de la patología subyacente el criterio fundamental.

De las que ponen el acento en los aspectos sociológicos, la oms [1951] dice que el alcoholismo es toda forma de ingestión de alcohol que excede el consumo alimentario tradicional y los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualquiera que sean los factores etiológicos responsables o el origen de esos factores, como la herencia, la constitución física o las influencias psicopatológicas y metabólicas adquiridas.

TIPOLOGÍA DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

Quizá la confusión terminológica en torno a las definiciones ha provocado aún más perplejidad, lo que amerita varias aclaraciones y de ahí el título de esta ponencia, puesto que, como sabemos, las definiciones deben ser tan amplias que cubran toda gama de sucesos, pero tampoco pueden ser tan específicas que excluyan otros. Ello es difícil en virtud de que hay toda una gama de sustancias, naturales o sintéticas, que son utilizadas por la gente para provocarse cambios en los estados de ánimo y que conllevan también toda una serie de consecuencias drásticas para el organismo, esto es, cada droga es diferente y provoca estados variados, amén de que ningún organismo es igual y, por tanto, evoluciona también de diversos modos.

Algunas de las sustancias a las que hacemos referencia son los alucinógenos o psicodélicos, de los que sabemos se usan en México y Sudamérica desde hace varios cientos de años por sus propiedades terapéuticas pero, más que nada, en un contexto religioso o ritual. Concretamente, el peyote y los hongos alucinantes se han venido utilizando en México por años y hay inclusive evidencias en algunos petroglifos hallados en la parte norte de nuestro país y en el sur de Estados Unidos.

Otra sustancia es la conocida científicamente como la *Salvia divinorum* y de manera popular, "La pastora", que se usa en Oaxaca desde hace tiempo pero que fue reportada apenas en 1962. El frijol rojo o frijol de mezcal utilizado como moneda fue descrito por el explorador Cabeza de Vaca en 1539 y se sabe que, aunque ya es poco usado, fue muy popular entre algunos grupos de indígenas de Estados Unidos a principios de este siglo. El "toloache" y el

“ololiuqui” también son sustancias usadas no sólo en México, sino también en países tan lejanos como la India y en la región de Bengala.

También existe, sin embargo, toda una serie de sustancias que se han descubierto a través de complicados procesos químicos y que, habiéndose destinado para fines terapéuticos, han caído en el mal uso. Antes de referirnos a ellas, convendría señalar la diferencia que existe entre el uso de las drogas y su abuso, por una parte, y por la otra, en el modo como se ha analizado el problema y cómo debería verse.

Usualmente, las campañas a favor del abatimiento del mal uso de las drogas se enfocan en los aspectos relacionados con la oferta de éstas y que manejan las instancias encargadas de su represión y así intervienen diferentes agencias del Estado en la resolución del problema, como el ejército, las procuradurías y las múltiples policías: federales, preventivas, locales o municipales; los órganos de justicia y nuestra moderna versión del FBI: la AFI. Existe también un CISEN, una Secretaría de Seguridad Pública y otras oficinas más. Pero, por otra parte, se ha desvirtuado un tanto el problema de los sujetos que utilizan las drogas al señalárseles con cierto estigma y no considerar su situación de miembros de aquella capa de la población que en antropología se considera como “desviada socioculturalmente”. Estos sujetos, por diversas y diferentes razones, han caído en el abuso de sustancias y, en vez de que se les tienda la mano para tratar de ayudarlos en virtud de su condición de enfermos, se les ha reprimido constantemente y no se les atiende; así, nos referimos a las dos dimensiones, esto es, no sólo a la de la oferta, sino también al campo de la demanda, el que más nos interesa y el menos socorrido, donde recaen la investigación, el tratamiento, la rehabilitación, la capacitación y la prevención, a la que menos recursos se destinan.

Al considerar los grandes avances alcanzados por algunos países en materia tecnológica y al confrontarlos con los graves problemas por los que están pasando en la actualidad, en concreto, en cuanto a la mala utilización de las drogas, es cuando se deben tener en cuenta los aspectos positivos y negativos de lo que ha dado en llamarse “progreso” y “civilización”, palabras ya dejadas de lado en el léxico antropológico de nuevo por sus implicaciones; pero, volviendo al análisis de las diferentes sustancias de las cuales se abusa, citaremos el problema del opio, del cual se extraen concentrados importantes para los adictos, algunos de cuyos derivados químicos se utilizan todavía en medicina (la morfina y la heroína).

Por otra parte, los estimulantes naturales, de entre los que resalta el café y la planta del tabaco, que en un principio se utilizaba como moneda, han venido también a ocasionar serios problemas de salud pública. Asimismo,

el uso exagerado del alcohol, que tantos y tan graves problemas representan para todos los países y que constituye la principal de las farmacodependencias en México y muchos lugares, ha de tomarse en consideración en el análisis del uso y abuso de drogas como un problema social —y, por tanto, es susceptible de ser investigado por cualquiera de las ciencias sociales, en especial la antropología— porque ataca a todos los sectores de la población, es decir, no reconoce fronteras ni estratos de clase.

EL ESTUDIO ANTROPOLÓGICO DEL CONSUMO DE DROGAS

La antropología, por su propia naturaleza, se enfoca en el estudio de este fenómeno desde el punto de vista social y cultural, resaltando los factores que motivan al individuo a la utilización de las drogas y la diferenciación en cuanto a las formas y maneras de uso y abuso de ellas [v. Berruecos, 1974a y b].

Uno de los principales problemas en el análisis del uso y abuso de drogas se refiere al hecho de que, a pesar de variados esfuerzos, aún carecemos de información puntual en cuanto a la cuantificación del problema. Tradicionalmente se emplean métodos epidemiológicos para considerar los factores de incidencia y prevalencia en el uso y abuso de las drogas, pero a pesar del avance en la materia en los últimos treinta años, aún no se tiene una visión completa del asunto, sobre todo en las zonas rurales e indígenas. [v. Berruecos, 2002 y 2005]. Lo que sí se sabe, por ejemplo, es que en Estados Unidos y en muchas otras partes del mundo, como ocurre en nuestro país, la industria del alcohol es una de las más florecientes; así, no estamos lejos de esta situación y sabemos, por ejemplo, que la esperanza de vida de una persona alcohólica, a diferencia de la que no lo es, es menor en 10 a 12 años; que hay una estrecha correlación entre accidentes automovilísticos, hechos criminales y uso de alcohol y que las pérdidas por ausentismo laboral suman millones: en una palabra, el costo social del alcoholismo es incalculable.

Al respecto, se afirma que, mientras que en 1970 había en México aproximadamente 660 mil inválidos por el alcoholismo, a estas fechas la cifra sobrepasa quizá los ocho millones de individuos afectados. En 1971, por ejemplo, se consumían un total de 1 504 595 899 litros de cerveza, pulque, tequila, aguardiente y vinos; la cerveza ocupaba, como ahora, el primer lugar en volúmenes de venta y consumo, situación que no ha cambiado salvo para incrementar el porcentaje de ventas y personas afectadas.

Ante este panorama, cabe mencionar que los esfuerzos que se están llevando a cabo en materia de prevención, rehabilitación y tratamiento son aún deficientes, pero, más que nada, la acción contra el uso y abuso de dro-

gas debe centrarse en el inicio de estudios de la población para averiguar cuáles son las zonas de más alto riesgo y las características que se asocian con el consumo exagerado de estas sustancias.

Bajo esta óptica, el consumo de sustancias adictivas es un problema que debe abordarse desde la perspectiva cultural, entendiéndola como los patrones y creencias, costumbres y formas de vida de un grupo social. Así, cada sociedad define los qué, cuándo, cómo, a qué hora, con quién, por qué y para qué de dicho consumo. En general, las sociedades tradicionales menos desarrolladas tecnológicamente no tienen como costumbre consumir sustancias adictivas y, si lo hacen, es estrictamente dentro de un marco religioso, en un contexto ritual y muy ocasional. Por ejemplo, los huicholes de Jalisco, Nayarit y Colima acostumbran una vez al año ingerir psicodélicos en un acto de comunión ritual para “limpiar los pecados que se cometieron durante el año y acercarse a Dios”. Donde sí se observa un incremento en el consumo es en sociedades urbanas, desarrolladas tecnológicamente, en las cuales se ha desvirtuado el uso ritual religioso de esas sustancias para convertirse en un problema de salud pública, incluso en relación estrecha con la criminalidad, la delincuencia y otros problemas que afectan gravemente a todos los estratos sociales. El antropólogo examina las características comunes a todos los miembros de la sociedad para establecer la norma o patrón cultural de ésta. Desde luego que siempre existirán grupos de personas o individuos aislados que se saldrán de esa norma o patrón, por lo que se les considera desviados socioculturalmente, pero también es verdad que en las sociedades donde las reglas sociales son claras y las acciones punitivas contra sus transgresiones se ejercen de manera limpia, hay pocos problemas, y casos hay muchos en la historia. En otro aspecto, por ejemplo, en el caso de la homosexualidad o de las relaciones afectivas o incluso sexuales entre hombres o entre mujeres, los estudios indican que no es el patrón común, y si así lo fuera, cosa que no se ha encontrado, quienes estarían fuera de la norma serían los “desviados socioculturales”, esto es, los que no comparten con la mayoría tal costumbre.

El consumo de ciertas sustancias que pueden provocar adicción no es igual en las zonas urbanas que en las rurales por diferentes razones. En primer lugar, se ha visto que en las últimas las relaciones son más estrechas, cara a cara, todo mundo se conoce (en algunas comunidades aisladas, todo mundo sabe quiénes son los narcotraficantes y, cuando celebran los quince años de sus hijas, muchos participan en estas celebraciones; por ejemplo, salen en los periódicos: la complacencia de las autoridades para no “arraigarlos” —ahora esa es la palabra de moda— es inaudita); hay más solidaridad e igualdad y, por tanto, los mecanismos para incrementar dicha solidaridad

son múltiples: el compadrazgo, las fiestas religiosas, las ceremonias asociadas a los ritos de iniciación ligadas a la religiosidad y a la religión, como el nacimiento, el matrimonio, la muerte, la presentación en sociedad, entre otros. Hay una relación estrecha entre la economía y la religión. Por citar un simple caso, tenemos las fiestas asociadas al cultivo de ciertos productos (la Candelaria, 2 de febrero, bendición por el sacerdote de las semillas que se sembrarán ya para la o las cosechas del año: el sacerdote, hombre, “riega” agua bendita sobre la mujer esposa del campesino, y ya fuera de la iglesia, en el campo, ella misma abre la tierra para que el hombre penetre en ella la semilla: ¡el simbolismo sexual es simplemente maravilloso!). De nuevo, vemos que siempre hay una explicación lógica respecto al uso de ciertas sustancias, así como también la hay del abuso o del consumo excesivo. En el caso del alcohol, la droga más consumida en el mundo, éste “favorece” la interacción social cuando los individuos, al ingerirlo, se desinhiben y pueden relacionarse de una “mejor” manera; por eso se dice que el alcohol es un perfecto lubricante social y se utiliza en todo tipo de eventos, ceremonias, tratos comerciales e incluso en el duelo y para aliviar el dolor que produce la ausencia física de un ser querido. Sería éste el mismo papel que juega el peyote en las ceremonias colectivas, o el presentar tabaco como regalo al futuro consuegro u ofrecer a las autoridades en una celebración cívica las mejores bebidas. El alcohol se convierte así en símbolo de estatus: una fiesta es buena si circula suficiente alcohol en ella, y mejor si es de buena calidad.

El alcohol, de hecho, media las prácticas sociales, pero a veces algunas sustancias pueden facilitar el instinto gregario o favorecer la cohesión del grupo como tal o, incluso, servir como válvula de escape para las tensiones sociales generadas. Por ejemplo, en la Sierra Norte de Puebla, en algunas comunidades nahuas que hemos estudiado, se les permite a las mujeres emborracharse, pero solamente una vez al año. Sólo en ese día (para fortuna de sus maridos), ellas mandan, incluso meten a sus esposos a la cárcel para desinhibirse con libertad. A veces, a los niños se les permite beber en algunas celebraciones religiosas del santo patrón del pueblo [v. Berruecos, 1996].

Las drogas siempre han estado presentes en mayor o menor medida en la historia del hombre y cumplen funciones diversas. A veces sirven, como mencionamos, para cohesionar a los individuos, otras, para separarlos, y son motivo de riña y disputa cuando se consumen en exceso; en ciertas ocasiones, solidifican una relación social o sellan un pacto financiero. En algunos casos, las drogas sirven para evadirse de la realidad o para acercarse a Dios o para permitirle a un individuo aproximarse, si es tímido, a la mujer que busca... Las funciones que las drogas tienen en este sentido son

múltiples, pero no hay que confundir las drogas de abuso con las que el hombre ha inventado para mitigar el dolor o curar una enfermedad de las cuales, por cierto, también se puede abusar. Así, se habla de drogas legales e ilegales, de drogas que paradójicamente curan y de otras que dañan y pueden matar, de drogas tradicionales y de drogas comerciales. Si volvemos al alcohol, son múltiples las bebidas destiladas y fermentadas que se encuentran en el mercado, pero poca gente sabe que los 64 grupos lingüísticos indígenas de México (aquellos olvidados 500 años hasta el 1° de enero de 1994] preparan para sí y de maneras muy rudimentarias más de ciento cincuenta bebidas tradicionales fermentadas para su propio consumo, las cuales no se encuentran comercialmente, son muy sofisticadas en cuanto a su diseño y producción y logran su cometido de provocar efectos en el organismo alterando el sistema nervioso central, y que son preparadas a base de raíces, frutos, comestibles e incluso otros productos de la naturaleza. [v. Berruecos, 1994].

En las ciudades, en cuanto a los productos legales e ilegales, tradicionalmente se consumen los que se anuncian, los que se ponen de moda, los que son accesibles, los que no involucran un peligro en cuanto a su adquisición, pero sí en cuanto a su producción, circulación o distribución. Aquí, la publicidad en los medios de comunicación colectiva (por cierto, poco sancionada por las autoridades) desempeña un papel de fundamental importancia al moldear las preferencias del consumidor (v. Berruecos, 2002 y 2003].

Volviendo al tema del alcohol, recientemente se dijo que en México 60 por ciento de las bebidas alcohólicas que se venden en el mercado están adulteradas, y algunas que contienen metanol pueden incluso provocar ceguera. La producción clandestina en el campo y en la ciudad es enorme y representa muchos miles de millones de pesos que se evaden al fisco. En cuanto a otras drogas, sobre todo las ilegales, tendríamos que hablar del problema del narcotráfico, que constituye la otra cara de la moneda y que es —o al menos en la ley debería ser— objeto de estudio y acción de las autoridades. A los investigadores sociales y de otras áreas de la ciencia nos interesa más el problema de la demanda que el de la oferta. Al respecto, las preguntas que con frecuencia se hace un antropólogo son: qué consume la gente, por qué, cómo, cuándo, dónde, con qué fines, con el objeto de poder estar en disposición de diseñar programas más efectivos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, la movilización comunitaria, la intervención preventiva.

Por otra parte, es necesario recalcar que sí existen diferencias en el consumo de sustancias adictivas entre los adolescentes y los adultos. La adolescencia es la puerta de entrada a las drogas y es ahí precisamente donde

hay que ejercer acciones de intervención preventiva para orientar a padres y maestros o educadores y a la sociedad en general acerca de qué son las drogas, cuál es su situación actual en cuanto a causas y efectos de su consumo [v. Berruecos, 1996 y 1997].

Un análisis de las necesidades derivadas del uso de drogas debe ir aunado a un estudio de identificación de patrones de uso y abuso, con el establecimiento de metas y objetivos a corto, mediano y largo plazos para la prevención del problema en términos de la comunidad entera. Debe llevarse a cabo un programa constante de evaluación de los esfuerzos coordinados del pueblo y el gobierno para lograr que sus objetivos se cumplan de manera más eficiente y en términos de corresponsabilidad. Para ilustrar lo anterior, centremos la discusión en la principal droga de abuso en México: el alcohol.

EL ALCOHOL: USO Y ABUSO

El alcoholismo y el consumo de bebidas alcohólicas (uso responsable e irresponsable o abuso), que tiene graves consecuencias no sólo para el individuo, sino también para su familia y la sociedad en general, se considera uno de esos problemas multifacéticos que atañen a toda la comunidad y que deben tenerse en cuenta tanto en su relación con la salud individual como dentro del campo de los especialistas en las ciencias de la salud mental y de las ciencias sociales. Si en los países desarrollados el alcoholismo constituye, sin duda alguna, uno de los graves problemas sociales, es todavía mayor en los países en desarrollo como el nuestro, donde el desempleo, la carestía de la vida y la desnutrición, además de otros problemas, se conjugan, dando por resultado efectos desastrosos.

El daño que el alcohólico se causa a sí mismo y a los demás es enorme. Si se considera solamente el costo personal, se verá que el precio es exorbitante, pero en el ámbito interpersonal los efectos del alcoholismo son incalculables: desintegración y empobrecimiento familiar, divorcios, alta coincidencia con hechos criminales, accidentes de tránsito, ausentismo laboral, etcétera. En nuestro país, desde hace años, ya se reconocía en el antiguo Código Sanitario, hoy Ley General de Salud, que tanto el alcoholismo como la dependencia a otras drogas se consideran verdaderas enfermedades, y que la labor preventiva y las acciones encaminadas al tratamiento y la rehabilitación eran tareas que conciernen a la Secretaría de Salud, en la cual recaen las acciones correspondientes, que no se cumplen, menos aún en el ámbito rural [v. Berruecos, 2001]. También son preocupantes las recientes estadísticas y la nula acción al respecto, que nos señala un aumento en el consumo de alcohol por parte de las mujeres [v. Berruecos, 2003].

ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LOS ASPECTOS CULTURALES DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Queremos hacer hincapié en las definiciones de tipo social, así como en las características culturales del fenómeno del alcoholismo y el abuso del alcohol, para finalizar con una discusión breve acerca de éstos como enfermedades sociales. Así, Laforest [1976:75] concibe el alcoholismo como una desviación social en tanto que se sale de las normas establecidas de ingestión por la propia comunidad. El estatus socio-económico, la medida de la anemia, la exposición de los modelos desviados de comportamiento y otros indicadores caracterizan, según los sociólogos, el estado de control social en cuanto a que determinan de mejor manera la aparición de la desviación alcohólica.

Por otra parte, Gosselin [1977:5] sostiene en su paradigma socio-demográfico que es importante analizar, entre otras cosas, el modelo de consumo de alcohol de los padres, la edad de inicio en las bebidas alcohólicas y la edad en la que el consumo se vuelve crítico, el tiempo empleado en consumir bebidas, el lugar y frecuencia del consumo de alcohol, la edad de los individuos en tratamiento, la edad del sujeto en el primer tratamiento y el número de admisiones sucesivas. Según el autor, el fenómeno debe verse como desviación alcohólica de comportamientos sociopsicológicos que se desarrollan al interior de un proceso de desintegración social progresiva, que se manifiesta por el deterioro de las relaciones interpersonales y coloca al alcohólico en una situación de enajenación social cada vez más pronunciada. Así, el retraining del alcohólico representa, de algún modo, un mecanismo de defensa definido y previsto al interior del sistema sociocultural.

Uno de los más recientes enfoques sobre el alcoholismo, que ha permitido comparar las prácticas de la ingestión de alcohol y los problemas ocasionados por su consumo excesivo en diferentes sociedades y culturas, es el que ofrece la sociología conjuntamente con la antropología [v. Berrucos, 1994]. Al parecer, el alcoholismo es menos problemático en aquellas áreas en que las costumbres, los valores y las sanciones están bien establecidos dentro de un marco cultural homogéneo, conocido y compartido por los habitantes y que, además, es consistente con la propia cultura. Por otra parte, en algunos grupos existe la ambivalencia hacia el alcohol, y en éstos precisamente no se cuenta con reglas preestablecidas. Algunos factores interesantes que deberían estudiarse se refieren a la exposición temprana de los niños al alcohol, al contenido de alcohol en las bebidas más usuales, a la consideración de éstas como alimento y su consumo usual en las comi-

das, al comportamiento de ingesta de los padres, a la importancia moral atribuida al hecho de beber, al asociar el beber con conceptos de virilidad, a la aceptación social de la abstinencia, a la no-aceptación de la intoxicación alcohólica y a las reglas del beber social [NIAAA, 1972:16].

El alcoholismo ha sido considerado por muchos expertos como el principal problema de drogas de muchos países. Entre los factores socioculturales que se encuentran vinculados a la clase de bebida, la cantidad y la frecuencia, situamos la edad, sexo, grupo étnico de pertenencia, afiliación religiosa, nivel de educación, estrato socioeconómico, ocupación, grado de urbanización y factores conductuales, como las experiencias de la infancia y los contactos con bebedores y no-bebedores. [NIAAA, 1971:21-22].

Las causas sociales del alcoholismo han sido objeto de interés para las ciencias respectivas, lo que ha dado lugar a recientes investigaciones en el campo de la sociología y la antropología. Las ideas que predominan apuntan hacia el hecho de que las dificultades inherentes al modo de vida se manifiestan en las ansiedades y los conflictos individuales [Honigmann, 1967:353].

Se ha dicho, por ejemplo, que el alcohol permite reducir la tensión y la ansiedad pero, paradójicamente, la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas puede producir nuevas ansiedades, dado que la intoxicación libera impulsos sexuales y agresivos. Las sociedades desarrollan, dentro de su marco cultural, convenciones y patrones sociales alrededor de la bebida para protegerse de la ansiedad provocada por la ingestión. Beber es una respuesta a las tensiones individuales, pero la amenaza del castigo social restringe la ingestión excesiva. En comunidades donde haya inseguridad en la subsistencia, la ingestión será excesiva.

Otro indicador de ansiedad, se ha visto, es el contacto con otro modo de vida, lo que altera la propia organización social del grupo: reacciones gravemente negativas hacia la agresión y la sexualidad restringen la ingestión alcohólica. Así, beber provee de un mecanismo de adaptación al estrés socialmente engendrado, y cuando la ingestión amenaza con producir más estrés social, hay limitantes sociales que aparecen en escena. También es importante mencionar el caso de las comunidades aisladas que, sin utilizar el alcohol, cuando entran en contacto con otras comunidades, acaban por aceptarlo rápidamente.

Hay algunos autores que han analizado diversas variables relacionadas con el alcohol, como la inmigración y la aculturación [Blane, 1977:1324], la tendencia a considerar el alcoholismo como una enfermedad no individual sino social y familiar [Filstead, 1977:1447], los aspectos sociodemográficos básicos, los hábitos de ingesta del bebedor, la disposición del bebedor hacia el tratamiento [Paine, 1977:545], el analizar si beber es una actividad pri-

mariamente masculina o femenina [Paine, *op.cit.*:53], o los aspectos sociopsicológicos del alcoholismo [Wuthrich,1977:881]. De cualquier forma, los autores afirman que lo importante es analizar la estructura social en la que se bebe y las sanciones contra este comportamiento por parte de la sociedad. Los problemas de la ingestión que aparecen dentro de un contexto social no deben verse nunca como síntomas privados del bebedor, sino como reflejo de la estructura social en la que éste vive.

Otros investigadores han encontrado estrechas relaciones entre los factores socioculturales de los bebedores y los patrones de consumo [Cahalan *et al.*, 1969]. En otros trabajos hemos expresado la necesidad de explicar estos problemas desde diferentes ángulos, y considerando algunos indicadores que en general no han sido tomados en cuenta en investigaciones hechas sobre el problema [v. Berruecos, 1974c:9].

LA INVESTIGACIÓN SOCIAL Y CULTURAL DEL ALCOHOLISMO

Son varios los trabajos que deberíamos citar en torno a los inicios de la investigación social y cultural del alcoholismo. Sin embargo, solamente mencionaremos de manera breve los de Horton [1943], que analizó la personalidad y la cultura como partes integrantes de un mismo fenómeno, destacando el alcohol y su función en diversas sociedades, afirmando que el grado de ingestión varía de cultura en cultura: hay excesos donde se produce ansiedad por la inseguridad en la subsistencia, aunque también en sociedades desarrolladas el alto grado de urbanización provoca desorganización y genera estrés y ansiedad. La generación es limitada en ocasiones por el castigo social de los excesos en el consumo [v. Honigmann, 1965]. Otros autores, como Field [1962], mantienen que el exceso debe analizarse en función de una organización social débil y difusa, más que con relación a las ansiedades derivadas socialmente.

De nuevo Honigmann [1967] afirma que las diferencias en la ingesta se deben a que las formas de beber se convierten en patrones sociales y que las expectativas en torno del alcohol también varían en cada cultura, analizando el caso de los Kaska y Navaho, el estilo francés de la ingesta, el de los indios Mohave o el de los habitantes de Chichicastenango en Guatemala o los chamula en Chiapas.

Otros autores, como Westermeyer [1971], afirman que el alcohol se emplea dentro de un contexto social rígido, mientras que Pawlak [1973] aclara que el alcohol es un depresor con potencial de sobredosis y que en muchas culturas es causa de graves conflictos sociales. Por su parte, Chafetz y Demone [1962] hacen hincapié en las actitudes autodestructivas de los

que ingieren en exceso, mientras que Snyder y Landman [1951] comparan los patrones de ingesta entre las culturas judía e irlandesa. Bales [1942] ha señalado que existen diferentes tipos de estructura social como factores curativos en la adicción al alcohol.

En la discusión en torno a las características socioculturales de la ingesta de bebidas alcohólicas conviene destacar los trabajos de Devereux [1940] y Bunzel [1940] en cuanto al funcionamiento del alcohol en dos culturas centroamericanas, Pittman y Snyder [1962] en los aspectos comparativos culturales y Graves [1966, 1967 y 1970] en relación con el análisis de conductas desadaptadas, como la alcohólica, que presumiblemente abarca problemas de estrés psicológico. Cabe mencionar que, dentro de la población en general, el alcoholismo, como mencionan Beck *et al.* [1976:66-77], es un factor predisponente a las tendencias suicidas.

Por último, Lomnitz [1973] analiza las formas de vida en la barriada de la Cerrada del Cóndor en la Ciudad de México y demuestra cómo las redes de intercambio constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en la barriada y donde el alcohol desempeña un papel preponderante.

Es muy importante, como puede desprenderse de esta rápida revisión de la literatura, que deben considerarse tanto las variables socioculturales en el estudio de problemas de alcoholismo y farmacodependencia como la necesidad de planear de antemano las investigaciones sobre esos aspectos [Berruecos, 1974b:1]. Por último, cabe citar que los pocos esfuerzos que se llevan a cabo en materia de prevención, rehabilitación y tratamiento están ahora considerando afortunadamente algunos de los puntos que hemos resaltado en esta presentación [Berruecos, 1975:5].

A lo largo de esta exposición hemos visto cómo los factores sociales y culturales tienen mucho que ver con el problema de la ingesta inmoderada de bebidas alcohólicas y de otras sustancias adictivas, por lo cual esperamos dejar así aclarada la idea de la diferencia entre el uso y el abuso en cuanto a uso moderado e inmoderado u ocasional y la propia dependencia, así como la idea de que este fenómeno de patología social debe analizarse no sólo desde la perspectiva orgánica, sino también desde la sociocultural.

LA CULTURA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

Las primeras experiencias que el hombre aprende se dan en el seno familiar. Ahí se adquieren el lenguaje, las costumbres, las creencias, las tradiciones. A ese particular proceso, los antropólogos le llaman "endoculturación" (de endos-dentro de la cultura). Posteriormente, al salir del seno familiar, el in-

dividuo empieza a conocer otros medios ambientes que le rodean: familiares, vecinos, amigos, la escuela; se da entonces el proceso de *socialización*.

En la escuela, el individuo no sólo aprende las normas de la sociedad, sino que supuestamente adquiere los conocimientos necesarios, indispensables y hasta obligatorios que le van a permitir, de continuar con ese proceso, adquirir destrezas, conocimientos y habilidades para desempeñarse dentro de la misma sociedad como obrero, artesano, profesional, funcionario. La escuela desempeña entonces un papel primordial en la formación de cualquier ser humano y muchas son las personas que intervienen en este proceso: los propios maestros y los compañeros, entre otros. Usualmente, en la escuela se aprenden muchas cosas que no se enseñan en la casa: algunas de ellas se refieren a cuestiones que originalmente no eran permitidas en la familia, como el uso del tabaco o del alcohol, e incluso de otras drogas que provocan adicción.

Por lo general, es precisamente en la adolescencia —periodo muy largo en la vida del ser humano que según algunos expertos abarca en los hombres de los 12 a los 20 años y en las mujeres a edades un poco más tempranas— cuando se suscitan en el sujeto cantidad de interrogantes cuyas respuestas, a veces de manera desafortunada, se “hallan” en el consumo de sustancias.

Las encuestas que diversos especialistas y autoridades han hecho en nuestro país nos revelan que en general es en la edad adolescente —que corresponde aproximadamente a la etapa del joven que ingresa a la secundaria, en promedio de los 13 a los 15 años y más tarde en la preparatoria— cuando se inicia, y luego se incrementa, el consumo de sustancias que provocan adicción; no sólo ello, sino que durante esta etapa el sujeto empieza precisamente el camino a la adicción. Una persona que a los 35 años se convierte en alcohólico, usualmente empezó a beber de manera irregular en estos años.

La presión de los grupos de pares, de los vecinos y amigos, y a veces hasta de familiares cercanos, aunada a las nuevas amistades que se hacen en las escuelas, muchas veces constituyen los inicios de algo que después puede convertirse en una adicción, máxime cuando sabemos que la adolescencia es un periodo que podríamos denominar de “caldo de cultivo” para que el sujeto se introduzca paulatinamente en el consumo, primero de manera experimental con objeto de experimentar diversas sensaciones. [v. Gleen, *op.cit.*]. Posteriormente, en un esquema conductual, los muchachos empiezan a usar la droga en situaciones sociales o recreativas, esto es, en las fiestas y en los festejos, donde incluso es costumbre abusar de algunas sustancias, en particular, del alcohol y el tabaco.

Más tarde, el sujeto brinca a un tercer estadio, que podemos denominar “funcional”, en el cual tiene que recurrir a las drogas para poder actuar de manera normal o “funcional” puesto que —cree— sin ellas no es capaz de desarrollar sus habilidades y destrezas.

De este nivel es muy fácil pasar a uno siguiente, más complicado, que podemos llamar “disfuncional”, en que el sujeto no puede actuar normalmente si no consume drogas; aquí ya estamos hablando de una situación crítica y muy cercana al peligro donde pueden darse los comienzos de la adicción de manera cotidiana y patológica y que causa severos daños para el sujeto que utiliza dichas drogas.

Por ultimo, existe el nivel “suicida”, a través del cual el individuo que consume indiscriminada y cotidianamente las drogas cae en una situación de extremo peligro que puede llevarlo a la muerte.

Desde luego que lo anterior no significa que la escuela sea un ámbito peligroso del cual debemos alejar a nuestros hijos para que no caigan en las adicciones ni mucho menos, pero desde luego es de extrema importancia averiguar cómo es el contexto escolar, quiénes son los maestros, cuáles son los planes y programas de estudio y, sobre todo, quiénes son los amigos de nuestros hijos con los que acostumbran pasar gran parte del día.

Algo de gran importancia es que tanto los padres como los maestros, y desde luego los propios médicos y expertos en salud, se eduquen en cuestiones relacionadas con las drogas y su consumo. Existen gran cantidad de manuales, folletos ilustrativos y materiales de apoyo —algunos, científicamente hablando, mejor diseñados o más serios que otros— con los cuales se puede tener una idea más precisa de qué son las drogas y cuáles son sus efectos en el organismo. Los padres deben estar siempre en posición de alerta a lo que los especialistas denominan “síntomas de alarma” en los hijos cuando están consumiendo drogas de maneras peligrosas. Toda esta información está disponible; por ejemplo, el Cesaal [Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo, A.C.] ha preparado un *Curso para padres de familia y educadores*, publicado en México por la Editorial Trillas, en el cual se explica lo anterior, lo que es un consumo responsable (desde luego de alcohol y no de otras drogas), los efectos en el organismo cuando se consumen, por ejemplo, drogas y alcohol de manera simultánea, la influencia de la familia y los medios de comunicación en las actitudes hacia el alcohol y cómo debe trabajarse por la salud tanto física como mental del individuo, que debe ser, en última instancia, la meta a seguir. Si todos los padres de familia y maestros se preocuparan por estar mejor informados y entrar más en contacto con sus hijos para prevenirlos de consumos irresponsables, mucho se lograría en favor de la salud.

Los muy largos periodos vacacionales mexicanos, tiempo de descanso, supuestamente, por lo general se convierten de consumo desmedido, entre otras cosas, de drogas. El tiempo libre es uno de los peores enemigos de la juventud puesto que el ocio solamente conduce al camino de la adicción. Por ello, es importante planear en las vacaciones de nuestros hijos una serie de actividades recreativas, deportivas y de convivencia familiar que los mantengan alejados del ocio y ocupados en su mente y en sus cuerpos, recordando que las drogas no son indispensables para vivir, ni el alcohol lo es para quitar la sed.

SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS

El no tener información, es decir, el desconocimiento, provoca desorientación y desinformación y, por consecuencia, se generan todo tipo de mitos y falsas creencias o actitudes hacia las drogas y sus efectos. En la mente del adolescente que está en proceso de encontrar su propia identidad, no existen aún las estructuras psíquicas suficientemente establecidas como para tomar decisiones adecuadas y por ello son más propensos a caer en las adicciones si no cuentan con una orientación adecuada y, sobre todo, oportuna. No tiene ningún caso hacer prevención en la preprimaria (aunque sí con los padres de esos futuros adolescentes y sus maestros), por ejemplo, pero sí a nivel secundaria y en adelante. El consumo de alcohol entre estudiantes universitarios en la Ciudad de México y en otras urbes (y entre sacerdotes y pilotos de aviación o artistas, por citar otros casos), actualmente se está convirtiendo en un problema muy grave, así como en cuanto se refiere al inicio en otras drogas. La red de internet ha permitido, incluso, acceder a información desde casa acerca de cómo diseñar drogas específicas. En cuanto a los adultos que no han podido aún resolver situaciones de la infancia o adolescencia o que tienen una estructura de personalidad débil, el acceso a las drogas les permite, por múltiples razones personales, buscar salidas falsas y fáciles para la resolución de sus problemas. Así, en el caso del alcohol, la droga que más conocemos, hay quienes beben para olvidar mientras que otros lo hacen para celebrar. Unos beben porque se han casado y están felices de haberlo logrado, mientras que otros lo hacen porque no se pueden divorciar; otros más, para celebrar su nuevo empleo y algunos porque no lo han encontrado. Razones para beber o drogarse hay tantas como individuos. El investigador debe estudiarlas, agruparlas por sectores sociales, económicos, culturales, morales, etcétera, y proponer acciones concretas, accesibles, entendibles por los políticos, que son los que finalmente las aprueban o desaprueban. El problema es muy complejo y

amerita aún mucha investigación puesto que, mientras no se conozcan al máximo las causas, no podremos afrontar las consecuencias.

México no está ajeno a este problema como ninguna sociedad en el mundo, incluso aquellas en las que por razones religiosas (musulmanes, mormones, etcétera) han decidido no beber pero en ellas también se encuentran otro tipo de problemas. Esto me recuerda al adicto de alcohol que accede a terapia y deja la droga pero la cambia por otras o deja la droga pero sigue golpeando a la esposa aunque ya no beba: el problema debe atacarse, en cuanto a los ya adictos, de manera integral con tratamiento médico, nutricional, terapéutico y no sólo uno de ellos. Desafortunadamente, pululan en nuestro país quienes ofrecen soluciones mágicas, religiosas e incluso esotéricas y trascendentales que no tienen que ver con el problema inmanente y real. El desconocimiento provoca que mucha gente caiga en centros de tratamiento de dudosa reputación, con personal poco calificado (no basta ser ex adicto para tener la habilidad de trabajar con adictos en su recuperación; hay que estudiar mucho). No basta tomar un diplomado (ahora abundan) para ser experto en el campo; de nuevo, hay que estudiar. Quienes tenemos más de 32 años en el campo, humildemente aún nos declaramos muy lejos de saber la verdad y de entender integralmente un problema tan complejo que involucra aspectos de toda índole [v. Berruecos, 2002]. Mientras no se actúe, entonces, de manera integral, poco podrá hacerse para contender con los problemas que este asunto acarrea. Debe fomentarse la investigación (hay muy pocos investigadores de las adicciones en México), la prevención (la más barata de todas las medidas y la que más efectos tiene a corto plazo), el tratamiento y la rehabilitación (en México solamente existe un puñado de especialistas reales capacitados para atender adictos). La responsabilidad no es sólo de las autoridades, sino también de la sociedad civil por el simple hecho de que se trata de algo que cruza todos los estratos de clase y a todos afecta a la larga. Debemos, pues, actuar ya o, de otra manera, afrontar las consecuencias de la inacción.

BIBLIOGRAFÍA

Bales, Freed

s/f "Types of Social Structure as Factors in 'Cures' for Alcohol Addiction", *Applied Anthropology*, I. 1-3.

Beck, Aaron et al.

1976 "Alcoholism, Hopelessness and Suicidal Behavior", New Jersey, EUA, *J.S.A.*, 37, 1, enero:66-77.

Berruecos, Luis

- 1974 *Antecedentes históricos de las drogas*, México, MS, 26 pp.
- 1974a y b "La función de la antropología en las investigaciones sobre farmacodependencia, México, *Cemef Informa*, año II, vol. II, núms. 2 y 3, pp. 1 9-14 y 1,4-14, respectivamente.
- 1974 c "El enfoque antropológico sobre la farmacodependencia en las comunidades urbanas", Ms. presentado en el XLI Congreso Internacional de Americanistas, Sesión Especial 9, septiembre, 8 pp.
- 1975 "La farmacodependencia como problema social", Oaxaca, Méx., Ms. de la conferencia sustentada en el Centro Regional del INAH en la ciudad de Oaxaca, 9 pp., 1975.
- 1994 "El punto de vista sociocultural sobre el alcoholismo", *Addictus*, México, Ediciones Alternativas, año I, núm. 1, marzo-abril, 11-12.
- 1994 "Bebidas y Licores de Hoy", en *Bebidas Nacionales. Guía México Desconocido* núm. 18, México, Jilguero, noviembre, 50-84.
- 1996: "La Educación para la Salud en el campo del alcoholismo a través de los padres y educadores", *Relaciones*, núms. 13-14, México, Departamento de Relaciones Sociales, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Unidad Xochimilco, Universidad Autónoma Metropolitana, 155-161.
- 1996 "La ingesta de alcohol en San Sebastián, Puebla", en *Addictus*, año 3, núm.10, abril-mayo, México, Ediciones Alternativas, 27, 31.
- 1998 "La influencia de la familia en las actitudes hacia el consumo del alcohol, en *Liber-Addictus*, año 3, núm. 15, noviembre-diciembre, 1997, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad, 18-19.
- 1998 "Un enfoque antropológico", *Liber- Addictus*, año 3, núm. 17, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad.
- 1998 "Alcoholismo: el enfoque social", en *Liber- Addictus*, año 4, núm.19, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber -Ad, 34-35.
- 1998 "El Ámbito escolar y las Adicciones", en *Liber- Addictus*, año 4, núm. 22, septiembre, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad, 37.
- 2001 "¿Políticas públicas en la atención al consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo en el México rural?", en *Liber-Addictus*, año VIII, núm. 53, octubre, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad, pp. 7-11.
- 2002 "La investigación psicosocial y cultural acerca del consumo del alcohol y el alcoholismo en México", *Psiquis*, Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, A. C. y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, núm. 4, Nueva Era, vol. 11, 29-45.
- 2002 "La capacitación en materia de adicciones", en *Liber-Addictus*, año IX, núm. 61, julio, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad, 13, 15.
- 2002 "La influencia de la publicidad en los hábitos de consumo de alcohol", en *Liber-Addictus*, año IX, núm. 65, noviembre, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad, pp. 5-7 (primera parte) y en *Liber-Addictus*, año IX, núm. 66, diciembre, pp. 7-10, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad (segunda parte).
- 2003 "La mujer consumidora de alcohol y su papel mediador en la familia", en *Liber-Addictus*, año X, núm. 69, abril, México, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad, 19, 21.

2005 "La investigación sobre el consumo de alcohol entre la población indígena de México", en *Liber-Addictus*, año XII, núm. 85, mayo-junio, México, ContraDicciones, Salud y Sociedad, y Liber-Ad, pp. 9,15.

Blane, Howard T.

1977 "Acculturation and Drinking in an Italian American Community", New Jersey, *J.S.A.*, 38, 7, julio, pp. 1324-1346.

BNDD

1971 *History Repeats Itself: Historical Parallels in Drug-abuse*, Maryland, J. Brandy Co.

Bunzel, Ruth

1940 "The Role of Alcoholism in Two Central American Cultures", *Psychiatry*, III:361-87.

Cahalan, D. et al.

1969 *American Drinking Practices: A National Study of Drinking Behavior and Attitudes*, Monograph núm. 6, New Jersey, E.U.A., Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick.

Chafetz, Morris y H.W. Demone Jr.

1962 *Alcoholism and Society*, Nueva York, Oxford University Press.

Devereux, George

1962 "The Function of Alcohol in Mohave Society", *Quart. J. Stud. Alc.*, IX:207-51.

Field, Peter B.

s/f "A new cross-cultural study of drunkenness", en *Society, Culture and Drinking Patterns*, Nueva York, E.U.A., David J. Pittman y Charles R. Snyder (Eds.).

Filsteead, William J.

1977 "The Family, Alcohol Misuse and Alcoholism: Priorities and Proposals for an Intervention", *J.S.A.*, 38, 7, julio, 1447-54.

Gleen, H. Stephen

s/f *Typical Patterns of psycho-active drug-use among non-arrested non clinical subjects* (A Preliminary Report), Miami, Florida, E.U.A., Ms. U. S. Office of Education. Regional Training Center.

Graves, Theodore D.

1967 "Acculturation, Access and Alcoholism in a Tri-ethnic Community", *American Anthropologist*, 69:306-321.

1966 "Alternative Models for the Study of Urban Migration", *Human Organization*, 25:295-299.

1970 "The personal adjustment of Navaho Indian Migrants to Denver, Colorado", *American Anthropologist*, 72:35-54.

Groselin, Norman

1977 "Desintegration sociale et comportement alcoolique", *Toxicomanies*, Quebec, Canadá, 10, 1, Janvier-Mars, 5-22.

Honigmann, John J.

1965 "How Baffin Island Eskimo have learned to use alcohol", *Social Forces*, 44:73-83.

1967 "Honigmann, John J.: Personality in Culture", *Harper an Row Publishers*, Nueva York, E.U.A.

Horton, D.

1943 "The Functions of Alcohol in Primitive Societies: A Cross-cultural Study", *Quart. J. Stud in Alc.*, 4:199-320.

Keller, Mark:

1976 "The disease concept of alcohol revisited", Nueva Jersey, E.U.A., *J. Stud. Alc.*, 37,11:1694-1717.

Laforest, Lucien

1976 "L'usage quotidien de l'alcool et du tabac: deux habitudes liées au système d'interaction sociale", *Toxicomanies*, Quebec, Canadá, IX, 1:73-79,

Lomnitz, Larissa

1973 "Supervivencia en una barriada de la Ciudad de México", *Demografía y Economía*, México, El Colegio de México, VII (1):58-85.

NIAAA

1972 Alcohol and Alcoholism: problems, programs and progress. N.I.M.H., N.I.A.A.A., Maryland, E.U.A., 16 pp.

1971 First Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health, Mark Keller (Ed.), Maryland, E.U.A., 22 pp.

OMS

1964 *XIII Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Drogas Toxicomanígenas*, Ginebra, Suiza, serie de Informes Técnicos núm. 273.

1952 *Organización Mundial de la Salud: Comité de Expertos en Salud Mental*, Ginebra, Suiza, Reporte de la Primera Sesión del Subcomité de Alcoholismo, núm. 42, Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos en Salud Mental, Reporte núm. 48.

Paine, Herbert James

1977 "Attitudes and Patterns of Alcohol Use Among Mexican-Americans", Nueva Jersey, E.U.A., *J.S.A.*, 38, 3, marzo, 544-553.

Pawlak, Vic

1973 *Conscientious Guide to Drug Abuse*, A "Do it Now" Publication, Phoenix, Arizona.

Pittman, D.J. y C. R. Snyder

1962 *Society, Culture and Drinking Patterns*, New York, Wiley Sons.

Snyder, Charles R. y Ruth H. Landman

1951 "Studies of drinking in Jewish Culture", *Quart. J. Stud. Alc.*, XII-451-74.

Velasco Fernández, Rafael

1980 *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo: conceptos básicos*, México, ANUIES-Trillas.

1981 *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, México, Trillas.

Westermeyer, Joseph

1971 "Use of Alcohol and Opium by the Meo of Laos", *Amer J. Psychiat.*, 127 (8).

Wuthrich, Peter

1977 "Social Problems of Alcoholics", Nueva Jersey, E.U.A., *J.S.A.*, 38, 5, mayo, 881-890.

Adicciones, drogodependencias y “problema de la droga” en España: la construcción de un problema social

Oriol Romaní

Universidad “Rovira i Virgili” de Tarragona, España, Facultad de Letras

RESUMEN: *Se propone el análisis de la construcción de un problema social, como parte del intento de consolidación de discursos hegemónicos en torno al poder. Se analiza “el problema de la droga” en la España de la transición del franquismo a la democracia, a través de lo que fue su paradigma constitutivo, la heroína. Para ello nos centramos en tres parámetros básicos: el contexto político y sociocultural, los consumos de drogas en general, y los dispositivos de intervención social.*

ABSTRACT: *This paper analyzes the construction of a social problem as part of an attempt to consolidate hegemonic discourses in a time of political change. The “drug problem” in Spain is analyzed, taking as the time frame the transition from Franco regime to democracy and focusing on its constitutive paradigm: heroin use. Three basic parameters are examined: the political and sociocultural context; drug consumption in general; and efforts at social intervention.*

PALABRAS CLAVE: *Intervención, adicción, heroína, dependencias, drogas.*

KEYWORDS: *Intervention, addiction, heroin, dependency, drugs.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Sobre la construcción social del “problema de la droga”

En este artículo presentaré los trazos principales del contexto histórico que contribuyó a configurar los usos de la heroína en España o, dicho de otra manera, el análisis de la construcción social del “problema de la droga” en nuestro país entre 1975 y 1995. Efectivamente, toda una serie de prácticas sociales y de discursos culturales que llevaron a que en este momento exista un conjunto de mecanismos de gestión y control social, de orientaciones de valores, un imaginario popular, ciertas patologías, etcétera, alrededor de

“la droga” fueron cuajando en los veinte años que ahora analizaremos someramente, en los cuales el protagonismo de la heroína, paradigma de “la droga”, fue central. Aunque en estos momentos estamos ya en otra fase, en que la heroína ha perdido dicho protagonismo en favor de la cocaína y de las drogas de síntesis —y a pesar de los intentos de mantener su estigmatización, existe también cierta normalización social de uso del cannabis—, no hay duda de que algunos de los principales elementos que contribuyeron a configurar la situación actual fueron los procesos que aquí se analizarán.

Para ser coherentes con lo que sigue, tenemos que hablar de los usos de la heroína en plural. De este modo subrayamos que uno de ellos es el consumo personal, pero que tiene muchos más: económicos, políticos y culturales, entre otros. Así pues, la presentación de este tema no pretende sólo dar una información histórica, sino de algún modo proponer un modelo de análisis de los fenómenos de usos de drogas y de drogodependencias en nuestras sociedades contemporáneas; modelo en el que los factores micro-sociales, personales, locales, se articulan a otros macrosociales a través de un desarrollo histórico específico, y en el cual no se priorizan como único factor causal los aspectos farmacológicos del consumo de un producto, sino que éstos se integran en un cuadro de relaciones complejas cuyos niveles más determinantes son, en un momento dado: a) el contexto sociocultural y político, b) las características generales de los consumos de las distintas drogas, legales o ilegales, y c) los dispositivos de intervención social, con sus marcos teóricos, profesionales y legales.¹ Esto nos permitirá contemplar en su interior a los individuos con toda su idiosincracia, los productos históricamente concretos con los que se relacionan y los contextos socioculturales en que se da dicha relación.

Con este repaso histórico no pretendo afirmar que los problemas con las drogas comenzaron al final del franquismo, en 1975. Hay numerosos antecedentes, sobre todo en los años veinte y treinta del pasado siglo, que prueban que “lo de la droga” no era una novedad.² Lo que me interesa explicar es por qué, desde el final del franquismo, se fue creando una alarma social en torno al tema totalmente desproporcionada, con algunos supuestos indicadores de su negatividad (como nivel de morbilidad, de gasto público, etc.), que en realidad son mucho más altos para otros fenómenos sociales, como el de la circulación automovilística o la siniestralidad laboral, para poner dos clásicos ejemplos. Para acercarnos a dicha ex-

¹ Por lo que respecta a los dispositivos de atención, retomo la sugerencia de Agra *et al.* [1993].

² V. al respecto, González Duro [1979] o Usó [1996].

plicación deberemos relacionar "la droga" con distintas funciones sociales y significados culturales más amplios, y lo haremos a través de una de las figuras que emergerá durante estos procesos y que, con mucho, será la más popular de todas, la del "drogadicto".

Dicha figura no se referirá a todos los consumidores de heroína ni a todos los drogodependientes que pudieran tener la heroína como droga-eje de sus consumos, sino a un cierto tipo de joven urbano que aparece como no normativo, de aspecto desaliñado, "extraño". Tendrá la paradójica ambigüedad de todo estereotipo, pero incluye dos referencias principales: una correspondería al "freak" de otras sociedades urbanas contemporáneas, que puede ser consumidor de cannabis y estar más o menos involucrado en distintos movimientos de tipo contracultural; mientras que la otra, que no excluye en algunos casos cierta identidad con la primera, se caracterizaría específicamente por referirse a jóvenes urbanos de sectores populares, en muchos casos con experiencias familiares más o menos conflictivas, fracaso escolar, no inserción laboral, involucrados con cierta regularidad en actividades delincuenciales o similares, con contactos tempranos con distintas drogas y adquisición de la vía endovenosa como técnica de uso para muchas de ellas. La mayoría acabarán teniendo los opiáceos como droga-eje de sus policonsumos, en los que persistirán —a pesar de todos los problemas físicos, relacionales y legales que les comporta— como elemento clave de un estilo de vida que, en el contexto en que les tocó vivir, resultó ser muy patologizante para ellos, tanto desde el punto de vista sanitario como social; aunque la mayor parte de las veces, a su pesar, desempeñaron con mucha eficacia el rol social del chivo expiatorio.

Si nos atenemos estrictamente al estereotipo dominante, la palabra adicto, tanto en el campo de las drogas como, por extensión, en la sociedad en general, ha servido durante una época reciente para señalar a ciertos individuos como diferentes de los demás (estigmatización), sin que se partiera de bases muy precisas para aplicarla, pues a partir del modelo penal se entendía "la droga" como el oscuro objeto del manejo de ciertos delincuentes y, por lo tanto, se trataba represivamente su intercambio y consumo; o podía también entenderse como aquellas sustancias que, con su solo contacto, procuran enajenación y enfermedad a las víctimas que a ellas se acercan, tal como proponía el modelo biomédico. Desde estas perspectivas se ha etiquetado como adictos a muchas y diversas personas cuyo único denominador común ha sido tener contacto con unas sustancias químicas que están sometidas a fiscalización penal y administrativa por los organismos internacionales y los Estados nacionales, y a las que se les han atribuido significados culturales muy fuertes ("sobrecarga" simbólica). De ese modo se

reproducía la vieja historia de que un alcohólico podía no ser más que “un pobre borracho” (o “un señor que tiene problemas con el alcohol”, según su estatus social), mientras que a jóvenes con cierto aspecto, que se movían por ciertos ambientes y a los que se suponía consumidores de “ciertas” sustancias, se les llamaba drogadictos sin más, con todas las consecuencias que históricamente ello ha comportado.

Evidentemente, si pretendemos explicar una figura como la que acabamos de esbozar como efecto farmacológico de la relación de un producto con un individuo, no entenderemos nada, ya que faltaremos a la verdad, pues en muchos casos no se da dicha relación; esconderemos la gran heterogeneidad de situaciones que se dan detrás de la etiqueta de “drogadicto”; sesgaremos la visión de los distintos elementos implicados en la mencionada etiqueta, perdiéndonos la riqueza de conocer las complejas relaciones entre los mismos y nos quedaremos, en definitiva, con una falsa visión simplista de normales y anormales, legales y delincuentes, sanos y enfermos, buenos y malos, que podrá tener sus utilidades sociales (lo cual, en todo caso, será un elemento a analizar), pero que no tendrá nada que ver con el análisis científico por más que, como ocurre a veces, se presente dicha supuesta relación causal individuo/sustancia (o a la inversa; en este segundo caso, la causa general propuesta estaría en un determinado tipo de personalidad), con grandes sofisticaciones tecnológicas.

1.2. Sobre adicciones y drogodependencias

Para que el presente artículo cumpla con sus objetivos teórico-metodológicos, me parece necesario ampliar un poco estas consideraciones previas, en el sentido de mostrar las relaciones posibles entre adicciones y drogodependencias, para situar mejor a éstas y a sus protagonistas desde el punto de vista del análisis socio-antropológico.

Aunque pueda parecer ir un poco lejos, habrá que recordar alguna elementalidad como que los seres humanos somos dependientes por naturaleza, y cuando digo por naturaleza no es un recurso literario, sino que me refiero, de forma precisa, a la constitución biológica: somos animales con una programación genética abierta, con una orientación muy general de nuestros instintos, moldeados de una manera decisiva por la cultura, la cual incorporamos a través de la interacción social y el aprendizaje, gracias principalmente al largo periodo de crecimiento que nos caracteriza. Esta dependencia del medio ambiente sociocultural es una de las raíces, uno de los elementos básicos de la vida humana, por lo cual la tradición cultural de muchas sociedades humanas se ha orientado hacia lo que parece más sensato, es decir, plantear cómo gestionar de la manera más positiva

posible para el individuo y para la sociedad las pequeñas —o no tanto— dependencias que configuran su vida cotidiana como seres humanos, más que guerrear frontalmente contra ellas.

Pero en nuestras sociedades urbano-industriales han coincidido por lo menos dos cuestiones que han llevado a plantear contradictoriamente el tema de dependencias y adicciones: por un lado, el "optimismo científico-cientista decimonónico" a partir del que la ciencia positiva, más allá de su papel como tal, ha desempeñado el rol de ideología hegemónica de la modernidad. Esto le permitió formular la utopía de que, a diferencia de los incultos pueblos rurales (y no digamos de los salvajes primitivos que, para asegurar la reproducción de sus sociedades —de sus hijos, sus dioses, sus campos, sus bosques...— dependían de los extraños rituales mágicos a los que se libraban), con las sociedades modernas entrábamos en el reino de la libertad, en el que íbamos a poder enfrentarnos científicamente al hambre, el sufrimiento, la muerte, la incertidumbre... Al entrar en el siglo XXI vemos los logros y potencialidades que ha conseguido la técnica, derivada de esta ciencia moderna, pero también los nuevos problemas, incluso meramente instrumentales (por ejemplo, asegurar la continuidad de la energía necesaria para vivir) y su incapacidad para resolver aquellos grandes problemas humanos.

Sin duda, y esta es la segunda cuestión a la que me refería, podemos atribuir estas contradicciones y fracasos a la organización social a través de la que se ha desarrollado aquella ciencia y técnica, es decir, el capitalismo, en el que, todavía hoy —o quizá hoy con más descaro y cinismo que hace unos años, al menos en algunas zonas del planeta—, pesa más el intento de guardar y ampliar los privilegios de unos cuantos, que garantizar la reproducción de la sociedad en su conjunto. Así, se han potenciado (o se han obviado, según los casos) aquellas adicciones que resultaban más funcionales a esta organización social, mientras que otras se han etiquetado como tales, y se han construido como un problema social que, en consecuencia, hay que resolver urgentemente. Dependencias —muchas veces devenidas en adicciones— "con apellido" hay muchas: al juego, al trabajo, a la comida o al ayuno, al orden, al sexo, a las drogas. Según los psicoanalistas, se pasa de la dependencia a la adicción cuando uno es poseído totalmente por "lo deseado" y es incapaz de racionalizarlo, de expresarlo.³ Podemos pensar que en nuestras sociedades contemporáneas un cierto nivel de adicción resulta funcional, si tenemos en cuenta el rol central que el consumo tiene en ellas, tanto desde el punto de vista económico, como el de las relaciones sociales,

³ V. Korman [1995].

de la construcción de una identidad, etcétera. Adicción que supondría una entrega irreflexiva al automatismo del consumo, para que la maquinaria siga funcionando sin mayores problemas, lo cual constituiría el ideal de las grandes corporaciones que hoy pretenden decidir (parece que con bastante éxito) sobre nuestras vidas y haciendas.

El hecho de que durante el siglo xx se haya construido un sistema de control social conocido como “el problema de la droga”, el que se haya establecido sobre unas drogas y no sobre otras, y de que éste haya sido precisamente el problema, y no otro, es hasta cierto punto coyuntural.⁴ Pero el “problema de la droga” presenta algunas notables contradicciones, como el que instituciones sociales importantes planteen la “guerra contra la droga” sólo para algunas de ellas y no para otras; que, en realidad, esta guerra acaba afectando a ciertos productores y consumidores, pero no a muchos otros; que ha creado no sólo un conjunto de normas generales, sino de reglas específicas imposible de cumplir; y, en definitiva, que pretende poner un freno frontal al consumo en un área restringida de la vida de los individuos, mientras que por otro lado, y también institucionalmente, se está presionando a los mismos para incrementar otros consumos.

* * *

Lo que pretendo en las líneas que siguen es, pues, contribuir a explicar algunas de estas contradicciones a través del análisis de un caso concreto, como es el de España en estos veinte años tan significativos para el tema que nos ocupa. Como método expositivo, expondré cada uno de los tres niveles antes mencionados dentro de cada una de las dos grandes etapas históricas consideradas, es decir, la de la transición (1975-1982) y la de la consolidación democrática (1982-1995). Para terminar esta introducción, aclaro que la historia a la que se adentrará el lector en este artículo se basa tanto en investigaciones etnográficas e históricas, como en informaciones estadísticas y de otros tipos de registro y, en algunos aspectos, forma parte también de las vivencias de su autor.⁵ Y, aunque una parte significativa del análisis se centra sobre todo en Cataluña, los datos manejados permiten referirme con propiedad al conjunto del Estado español. Pero insisto,

⁴ No puedo analizar aquí el conjunto de elementos que coincidieron históricamente, alrededor del 1900, articulándose de tal modo que permitieron poner las bases de este “problema social”. Se puede encontrar una argumentación más desarrollada sobre el tema en Romaní [2004].

⁵ Al respecto, v. CIDUR-EDIS [1979]; Comas [1985, 1986, 1988, 1989]; De Torres [1986]; Díaz *et al.* [1992]; Freixa *et al.* [1981]; Gamella [1990, 1997]; Laporte [1980]; Malvido [1977]; Pallarés [1995]; Romaní [1982, 1986, 1992, 1993, 1997, 2004], y Romaní *et al.* [1995].

finalmente, en que no se trata tanto de un análisis historiográfico, que me resultaría muy difícil de hacer de manera rigurosa en tan pocas páginas, sino de un análisis sociocultural en el que destaco y relaciono aquellos elementos y procesos que me parecen más significativos respecto al objetivo del artículo, es decir, la construcción del problema social de la droga en España.

2. LA TRANSICIÓN.⁶ DE LOS ANTECEDENTES A LA CREACIÓN DEL "PROBLEMA DE LA DROGA" EN ESPAÑA

a) Los años setenta estuvieron marcados por el agotamiento político de la dictadura franquista y la transición hacia un sistema democrático homologado con los del entorno europeo, que se desarrollaría en los años ochenta. Con la arbitrariedad que sabemos supone toda fecha en el devenir de los procesos históricos, podemos señalar algunos hitos significativos en la evolución sociopolítica de la España contemporánea.

A partir de 1967, se atisbó la primera crisis económica tras algunos años de fuerte "desarrollismo"; de todas maneras, el turismo (una de las principales fuentes de divisas del momento, pero también fuente de información de otras maneras cotidianas de ser y comportarse en aquella España tan cerrada) continuaba entrando a espuestas; *aggiornamento*, con sus consiguientes cambios, en la Iglesia católica (hasta entonces, uno de los pilares del régimen), a raíz del Concilio Vaticano II; momento de signos aperturistas, aunque siempre dentro de la ortodoxia del régimen: el año anterior se había aprobado la Ley de Prensa, de "apertura dentro de un orden"; aquel año, la Ley Orgánica del Estado, establecía la sucesión del Rey Juan Carlos, y la Ley de Libertad Religiosa; y el año siguiente, la Ley General de Educación. En cierto modo, todo ello era una forma de responder a los requerimientos, tanto interiores (protagonizados principalmente por obreros y estudiantes) como exteriores, de una adecuación del régimen a las exigencias de cambio derivadas de las transformaciones económico sociales que había generado el propio desarrollismo, y de su homologación democrática.

En 1973 se produjo la crisis energética, la que podemos situar como el inicio de las grandes crisis económico sociales contemporáneas y sus consecuentes transformaciones. Gran aumento de la conflictividad en el país, tanto en el nivel geográfico como en el sectorial, con incorporación de nuevos sectores, como las protestas del movimiento vecinal en relación con

⁶ Sobre el contexto sociopolítico de la transición a la democracia en la España posfranquista v., entre otros, Morán [1991] y VV.AA. [1996].

las condiciones de vida de los ciudadanos comunes, y mayor radicalismo juvenil. Asesinato del almirante Carrero Blanco, sucesor *in pectore* de Franco, y aumento de la actividad de ETA. A todo ello, hubo una respuesta sobre todo represiva, marcada por los fusilamientos del militante anarquista Puig Antich (1974) y de los de ETA y FRAP (1975). Muerte de Franco (noviembre de 1975), e intento de continuidad del régimen en 1976, mientras se organizaba formalmente la oposición (1974-1977), con los apoyos exteriores pertinentes, y pudo empezar la negociación de intereses, al lado de los grandes discursos democráticos.

En 1977 se inició de hecho la transición política que, desde un punto de vista sociológico y cultural —es decir, de la “normalización” homologada a que nos referíamos antes— se prolongaría hasta el gobierno socialista de 1982, por más que desde el punto de vista formal se cerró con la aprobación de la Constitución, en diciembre de 1978, o la de los Estatutos de Autonomía en 1979, para Cataluña y Euskadi, pues éstas eran las cuestiones básicas a resolver. Periodo de turbulencias varias, que comenzaba con una especie de reforma pactada, la Ley de Reforma Política de diciembre de 1976; las progresivas amnistías y legalizaciones de grupos políticos; las elecciones generales del 15 de junio de 1977 y el gobierno de Suárez; los Pactos de La Moncloa, de tipo socio económico; la actividad terrorista de ETA y de la extrema derecha, junto con las asonadas militares, entre las que destacó el intento de golpe de Estado del 23 de febrero de 1981; las grandes manifestaciones democráticas, sindicales y nacionalistas, que movilizaron a millones de personas; la aparición pública de los grupos “alternativos/radicales” como los de los presos (alrededor de la Copel, Coordinadora de Presos en Lucha), antinucleares, feministas y homosexuales, entre otros. En fin, momento de movilizaciones, negociaciones, consensos y pactos que llevarían a la reordenación del sistema y sentaron las bases de su configuración actual.

b) En cuanto a las drogas, se tiene noticias de la existencia de cocaína entre ciertos grupos de élites artístico intelectuales en los felices años veinte, así como se conocía bien la existencia de algunos consumidores de derivados opiáceos (el llamado “morfinómano clásico”, persona de clase media, media edad) y de los “grifotas”, consumidores de rama o grifa, proveniente del cannabis. Pero no fue sino hasta 1967-1968 que entraría otro derivado de esta última, el hachís, cuyo uso llegó a ser muy significativo para algunas subculturas juveniles, los contraculturales autóctonos; la cocaína, en esta época, resultaba todavía muy opaca socialmente. Por otro lado, en los años sesenta —y al amparo de la Seguridad Social— hubo gran consumo y producción de tranquilizantes y anfetaminas, hasta el punto

en que España se hizo exportador (más o menos clandestino) de este tipo de producto, básicamente, a los países nórdicos europeos; y fue cuando se produjo una gran incidencia en el número de usuarios de tabaco y alcohol, introduciéndose además cambios significativos en los patrones de consumo de este último.

De 1973, momento en que se detectó la llegada de la heroína a España, hasta 1977, ésta fue una droga más y, como correspondía a aquel momento, estaba rodeada por una aureola contracultural. Aún no había un discurso social específico sobre la misma. Su comercio funcionaba, como el del cannabis, a través de las redes sociales de amigos y conocidos, y sus usuarios eran, ante todo, universitarios, artistas y profesionales; se trataría de individuos con ideas progresistas, partidarios de modelos ideológicos de ruptura con la sociedad establecida y sus normas, con algunas insatisfacciones vitales... en este contexto, el consumo de heroína sería una experiencia vital más de transgresión de los modelos culturales hegemónicos.

De 1977 a 1980-1981 se incorporaron al consumo de heroína los hijos de clases medias y trabajadoras, muchos de ellos con itinerarios de militancia política o algún papel de liderazgo en sus colectivos sociales, que expresarían así malestares existenciales y un tipo de respuesta a fuertes presiones sociales contradictorias. Parece haber sido la época de mayor aumento de nuevos usuarios, incidencia que se acompañó de un incipiente discurso específico acerca de la heroína, que expresaba el comienzo de cierta reacción social, acompañada de una respuesta asistencial muy dispersa.

c) Por lo que se refiere a la institucionalización de los distintos tipos de intervención social sobre el tema, se podría decir que los precursores de la actual asistencia socio sanitaria en el campo de las drogas, se situaron en los servicios sanitarios de atención a los alcohólicos, normalmente ligados a la psiquiatría y que, alrededor de finales de los sesenta y principios de los setenta, venían funcionando en Barcelona, Madrid, País Vasco y Valencia.

Pero si por un lado parece claro que aquí todavía estaríamos hablando de problemas de alcoholismo como una cosa distinta a lo que posteriormente se definiría como "la droga", por el otro, el hecho de que en estos centros se tratara también la adicción a la morfina o a las anfetaminas permite pensar que, ante las primeras demandas de asistencia por temas de "drogas" (cannabis y heroína), no se planteara la urgencia de nuevos centros, pues ya existían aquellos en los que se trataban distintos tipos de enfermedades mentales, dentro de las que parecían situarse, en aquel momento, los problemas relacionados con drogas.

La primera intervención social motivada explícitamente por el "problema de la droga" como tal (de tipo jurídico-policial y en forma muy restrin-

gida) se inició a partir de la ratificación por España, en 1967, del Convenio Único de Viena (1961), lo que implicó la creación de la Brigada Especial de Investigación de Estupefacientes de la policía. En mayo de 1973, asimismo, la Guardia Civil creaba grupos especializados para la lucha contra el tráfico ilegal de drogas. Un hecho a destacar sería quizá las estrechas relaciones de aprendizaje y colaboración que desde el primer momento se establecieron con instituciones análogas de Estados Unidos. Desde entonces, estos organismos —y otros complementarios que se les fueron sumando—, dependientes todos de la Dirección General de Seguridad del Ministerio del Interior, irían adquiriendo una importancia central en este tipo de intervención sobre el tema de las drogas, y se regirían siempre por una gran autonomía funcional, por más que se coordinaran con otros organismos.

En 1975, el “Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes”, radicado en el Ministerio del Interior, pero con participación de miembros de otros ministerios, publicó una memoria que resulta decisiva para conocer la evolución de este campo en aquellos momentos. Podemos decir que este grupo de trabajo constituye el antecedente, todavía dentro de la estructura burocrática del régimen franquista, de la comisión que se creó a principios de los ochenta, ya establecido el sistema democrático, con secretaría en la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, y además, con representación de Sanidad, Interior, Educación, etcétera, por lo que habría de llamarse “Comisión interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas”. Esta comisión fue el primer intento de coordinar a escala general todo lo referente a la intervención social en este ámbito, aunque en especial, a la asistencia sociosanitaria. De hecho, sería el embrión del futuro Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), creado en 1985.

3. CONSOLIDACIÓN DEMOCRÁTICA Y ESTABILIZACIÓN DEL “PROBLEMA DE LA DROGA”: CONFLICTOS CIUDADANOS, SOCIO SANITARIOS Y CAMBIOS DE PERSPECTIVA

a) La victoria socialista de octubre de 1982 dio inicio al periodo de estabilización democrática en el que está instalado el país. Aunque se hace difícil subdividir, a su vez, este periodo, puede considerarse el momento del referéndum sobre la permanencia en la OTAN, en 1986, como parteaguas de dicha subdivisión.

Hasta dicha fecha hay que señalar, entre otras cosas, el inicio de la reconversión industrial; las grandes polémicas acerca de seguridad ciudadana de 1983-1984, ligadas al tándem delincuencia-drogas, que se mueve

entre los hechos y la alarma social; la recuperación económica de mediados de los ochenta, y la entrada de España en la Comunidad Europea, a mediados de 1985. En estos momentos se planteó ya la contradicción entre la crisis fiscal del Estado contemporáneo, y la necesidad, muy clara en el caso español, de consolidar y sobre todo, ampliar el *Estado del Bienestar*, política a la que se tendía, aunque quedara por debajo de las expectativas generalizadas que el gobierno socialista había despertado en este sentido. Asimismo, "normalización" de la vida ciudadana, que podemos cualificar de definitiva si contemplamos la época siguiente.

El referéndum de la OTAN puede ser considerado como el símbolo de la ruptura con cierta cultura de la izquierda tradicional y de la clara hegemonía de la orientación liberal dentro del primer gobierno socialista (1982-1996), iniciándose lo que, siguiendo la conceptualización de una cierta cultura popular, podríamos llamar el quinquenio del dominio de la "cultura del pelotazo" (o del éxito), que terminaría con los grandes fastos de 1992 en Barcelona y Sevilla (Juegos Olímpicos y Exposición Universal, respectivamente); no sin haber pasado antes por las crisis en que se expresaron los variados sectores sociales que se sentían, cuanto menos, poco partícipes de la efervescencia económica del momento: la huelga general de diciembre de 1988, y las movilizaciones de barrios marginales que —otra vez con el *leit-motiv* de "la droga"— se produjeron alrededor de las elecciones municipales de finales de 1991. Estos hechos pueden entenderse como manifestaciones de diversos conflictos y malestares, tales como la progresiva dualización de la sociedad (con fenómenos característicos como un mayor consumo para determinadas capas sociales, y una menor capacidad para conseguir las expectativas "exigidas por la normalidad", para otras), la naturaleza estructural del paro, el desarrollo de nuevas "pestes" como el SIDA, que se correlacionan con la paulatina hegemonía de orientaciones culturales neoliberales que iban sustituyendo los valores solidarios de la cultura obrera tradicional, del humanismo cristiano o de la contracultura por la competencia individualista y un cierto fatalismo o cinismo.

Así, una normalidad a prueba de bombas (a veces, en sentido literal, dada la actividad de ETA), una relativa poca participación ciudadana en la vida institucional, la incidencia de la crisis económica internacional de 1993 —con sus especificidades— y la promulgación de leyes conocidas popularmente como la Ley de Extranjería y la Ley Corcuera (Ley de Seguridad Ciudadana, a la que se dio el nombre del ministro del Interior que la promovió), antes de la victoria de la derecha, el Partido Popular, en las elecciones de 1996, fueron los últimos trazos de un esbozo de esta España que se fue adaptando más o menos bien a un cierto papel subalterno en el

conjunto de los países centrales del sistema mundial⁷ actual y dentro de la cual se produjeron los procesos de construcción del problema social de “la droga” que estamos analizando.

b) Entre 1981 y 1985, en el mundo de la heroína entraron individuos provenientes de los sectores marginales de la sociedad, entre otras cosas, por su atracción como mercado fuera de la ley ya constituido —una de las escasas alternativas sociales de las que disponen para situarse socialmente, y en el que ellos ni aunque sea como peones, pueden moverse con facilidad; en las subculturas marginales la heroína se convierte en un factor de identidad— fue entonces cuando cuajó la identificación heroína-marginación y, por lo tanto, teniendo en cuenta su papel paradigmático, la de drogas-marginación. Esto se articularía con factores de tipo socioeconómico y político, como la gran cantidad de asaltos a bancos y farmacias y, en general, una crisis de inseguridad ciudadana —a la que posteriormente me referiré—, todo lo cual contribuyó a la creación de un discurso específico sobre “la droga”, basado en una fuerte reacción social; mientras que la respuesta asistencial era todavía relativamente débil y fragmentaria, pero cada día con mayor presencia.

Hay un elemento que, a partir de aquí, será como una adquisición histórica, y es que, en una especie de proceso acumulativo, se ha ido diversificando el mercado de las drogas, cosa que posibilita especializaciones sectoriales en sus usos aunque, en algunas ocasiones, previo pase por la prueba de casi todas ellas.

En esta época se detectó un relativo aumento en el consumo de la cocaína, que podría identificarse, aunque sólo en parte, con su aureola de droga de éxito, de los que han triunfado, en un momento en que se gestaba la famosa y ya mencionada “cultura del pelotazo”, que se expandiría a mediados de la década. Sería, pues, la droga de la *performance*, del joven ejecutivo agresivo, la droga del “acelere”, de la actividad frenética de los ochenta que nos tiene que llevar a toda prisa hacia la rutilante posmodernidad.

Por lo que se refiere a la heroína, durante la fase 1985-1990 se produjo una estabilización de la prevalencia, ya que existía un equilibrio relativo entre incorporaciones y salidas (“reinsersiones”), en las que influyeron los recursos asistenciales ya existentes, además del conocimiento de sus estragos por las nuevas generaciones de los medios sociales donde tenía mayor presencia, y también una estabilización de la incidencia, ya que se man-

⁷ Sobre esta conceptualización y el papel de las industrias criminales —entre ellas, las relacionadas con las drogas ilegales— en dicho sistema mundial, v. Arlacchi [1989], Wallerstein [1990], Tortosa [1992], y el tercer volumen de Castells [1997].

tuvieron los factores presentes en las fases anteriores, sobre todo la más reciente.

Por otro lado, la irrupción del SIDA, muy ligado en nuestro país al uso de drogas por vía endovenosa, contribuyó a consolidar y ampliar la alarma social, pero al mismo tiempo ha empujado hacia una cierta racionalización de la intervención asistencial, como veremos enseguida. A su vez, "la droga", como un metalenguaje a través del cual llamar la atención acerca de malestares personales y sociales, ha mostrado su eficacia a través de movimientos sociales surgidos de barrios degradados, marginales o con una especial conflictividad social en aquellos momentos.

Finalmente, la década de los noventa se caracterizaría por la pérdida de centralidad de la heroína en el discurso social, tanto por el paso a un primer plano de la cocaína —asociada al fenómeno del narcotráfico—, de los nuevos tipos de consumo de los estimulantes en general y, más en concreto, de las llamadas drogas de diseño; así como por el surgimiento de usos problemáticos del alcohol, asociados a patrones de consumo más arriesgados en poblaciones muy jóvenes.

c) En cuanto a los dispositivos asistenciales, no fue sino hasta los ochenta que se abrieron los primeros centros socio sanitarios públicos. Ciertamente ya había empezado a penetrar tanto la Iglesia evangélica como, principalmente, la organización "El Patriarca", que durante una época sería punto de referencia obligado en relación con las drogas. Pero hay que recordar que 1979 fue el año de las primeras elecciones municipales y de la aprobación de los Estatutos de Cataluña y Euskadi, con todas las expectativas que ello despierta, para entender las múltiples iniciativas locales y regionales, privadas y públicas, en torno a la asistencia a los "drogadictos", como se les llamó entonces, que es el asunto que el PNSD pretendió ordenar de alguna manera, a partir de 1985.

Esta relativa "expansión asistencial" de la primera mitad de los ochenta hay que relacionarla con varios factores. En primer lugar, una estructura de atención sanitaria pública, que entonces empezó a modificarse, pero que hasta aquel momento había sido muy deudora de los intereses privados de los médicos como corporación; estructura que no estaba preparada para un tema tan complejo como el de las drogas, ya que ni se lo habían planteado, pues, prácticamente hasta finales de los setenta, éste era visto como un problema ajeno. De esta manera, las iniciativas específicas que empiezan a florecer en este campo, apoyadas principalmente en la expansión de los servicios sociales que se produce al abrigo de la ampliación del Estado del Bienestar, señalan también la emergencia de lo que llegaría a ser un nuevo sector, el de los profesionales no médicos del campo de las drogas, que se

nutre principalmente del trabajo social y de las ciencias sociales y del comportamiento.

En segundo lugar, hay que relacionarla también con un gran aumento de la alarma social sobre el tema, de la que, a su vez, podemos destacar tres aspectos: uno social, el aumento de hechos delictivos relacionados de alguna manera con las drogas; otro cultural, la imagen de que “la droga” es la causa de lo que se crea entonces como concepto en España, la inseguridad ciudadana; y un último político, la gran polémica sobre la seguridad ciudadana de 1983-1984, después de que el entonces nuevo gobierno socialista introdujera algunas modificaciones “liberalizadoras” al Código Penal respecto a las drogas (v. apartado d). En este sentido, es de destacar la contribución que tuvo el discurso mediático en la creación de determinadas imágenes culturales de “la droga”, a través de los distintos medios de comunicación social.

Mientras que la relativa “expansión asistencial” de los primeros años de la década de los ochenta a la que nos hemos referido, se hacía bajo el modelo hegemónico de los tratamientos libres de drogas y las instituciones totales, los problemas ya señalados, de la segunda mitad de los ochenta y que se desarrollarían en la década de los noventa, provocaron nuevas respuestas.

Al lado de la proliferación de fundaciones, asociaciones y muy diversos tipos de ONG (desde las más profesionales hasta las más “apostólicas” de cualquier “gran causa”), podemos constatar el desarrollo y la coordinación pública de las políticas asistenciales para drogodependientes, que implican la consolidación de un sector profesional especializado cada vez más importante.

Dentro de estos sectores profesionales, la constatación de la emergencia de una gradual marginalización de sectores de usuarios problemáticos de drogas ilegales, al mismo tiempo que un mejor conocimiento de la heterogeneidad de dichos usuarios, en el que se incluye el reconocimiento de aquellos normalizados socialmente, permitió/obligó a una intervención social cada vez más diversificada y pluridisciplinar, con unas bases teórico-metodológicas que se pretenden progresivamente más rigurosas, en la que aquel modelo de tratamientos libres de drogas e instituciones totales ya no fue tan hegemónico, sino que compartió el espacio asistencial con otros modelos que fueron adquiriendo progresiva influencia, como el de las políticas de reducción de riesgos y daños.

d) El marco legal. Aunque es evidente que el marco legal forma parte de los dispositivos institucionales de intervención social sobre las drogas, su especial influencia en las políticas acerca de éstas, ante todo por lo que se

refiere a la evolución de sus percepciones y usos, me ha llevado a referirme a él en este apartado específico.⁸

Hasta finales de la transición política, esto es, a comienzos de los ochenta, se disponía, por un lado, del artículo 344 del Código Penal (adaptado a las exigencias del Convenio único de 1961) destinado en principio al tráfico, que en realidad era un instrumento privilegiado de criminalización de ciertos usuarios de drogas ilegales; y por el otro, de la antigua Ley de Vagos y Maleantes, adecuada posteriormente con el nombre de Ley de Peligrosidad Social, que permitía la imposición de ciertas medidas coercitivas a un individuo por el solo hecho de ser etiquetado como toxicómano.

En 1983, se propuso una reforma del Código Penal tendente a obviar aquellos aspectos del citado artículo más criticados desde el punto de vista del garantismo democrático, ya que no respetaba cuestiones elementales como el principio de intervención mínima, el de proporcionalidad, el de la determinación legal de la conducta punible o de la pena. Dicha reforma, como ya mencioné, fue el eje sobre el que se articuló una reacción social a través de la que se introdujo como elemento central en España el concepto de Seguridad Ciudadana, asociado al tema drogas-delincuencia. Un conjunto de presiones, tanto internacionales como de sectores populares y de la oposición política, junto a la real complejidad e imposibilidad de "arreglar de manera rápida" el problema, y a la lógica de la rentabilidad política inmediata, llevaron al gobierno a replegarse y plantear una contrarreforma del famoso artículo 344, en 1987. Ésta ha sido muy criticada desde diversos puntos de vista, tanto a escala global como en diversos aspectos concretos, siendo uno de los más discutidos las mediatizaciones que se introducían entre población que devenía reclusa y los sistemas de tratamiento.

A todo lo anterior habría que añadir las distancias y conflictos que la ley penal así reformada —junto con la aplicación de la Ley de Seguridad Ciudadana— acrecentaba entre los usuarios de a pie y las instituciones sociosanitarias, dificultando más una normalización asistencial tan teóricamente aceptada por todo el mundo. Ciertamente, la introducción de los programas de metadona a finales de los ochenta, aunque al principio de manera muy tímida y rígida, induciría algunos de los cambios significativos mencionados en los noventa; cambios que se profundizarían, con todas sus contradicciones, con el desarrollo de las políticas de reducción de daños.

⁸ Aquí habría que matizar que, si bien las leyes sobre drogas pueden influir de forma contundente en el control social de sectores dominados (como bien nos cuenta Wacquant [2000] en relación con Estados Unidos, sobre todo), en cambio pueden tener una influencia mucho más relativa en las prácticas reales de usos de, por lo menos, algunas drogas, como demuestran Reinerman *et al.* [2004].

Sea como fuere, lo cierto es que el conjunto de leyes que afectan a las drogas en España en la actualidad continúan siendo, desde el punto de vista de la salud pública (y en concreto, de la asistencia) y más allá de la visión simplista de la lucha entre “malos” y “buenos”, es decir, entre narcotraficantes y Estado, más un factor de complicación que no otra cosa. Hay quien aduce que sin la criminalización, la alarma social y, en fin, la creación de un problema social alrededor de “la droga”, seguramente no se habrían conseguido los recursos asistenciales hoy en día dedicados a ello. Pero esto es una fase ya superada y, en estos momentos, el conjunto de leyes sobre drogas y la dinámica sociocultural que comportan (con la estigmatización como principal elemento), tienden a crear interferencias, dificultades añadidas, a distintos niveles del funcionamiento cotidiano de la red asistencial como son, por ejemplo, procesos de exclusión social, de marginalización, por un lado, o de ocultamiento de poblaciones “normalizadas” que, de todos modos, pueden necesitar dicha asistencia, por el otro; así pues, parecería razonable adecuar las leyes a las nuevas situaciones cosa que, desgraciadamente, no se hizo en la reforma del Código Penal de 1996, el llamado “Código Penal de la Democracia”.

4. ALGUNAS REFLEXIONES A MODO DE CIERRE

Quiero subrayar, para finalizar, que el cuadro que he presentado es el que han contribuido a configurar, y a través del que se han movido, una serie de personas que han ido reactualizando permanentemente sus experiencias individuales y sociales (economía, hábitat, familia, escuela, trabajo, ocio, etc.), sus visiones del mundo, relaciones sociales. Entre dichas experiencias podemos afirmar que una muy generalizada ha sido algún tipo de contacto con las drogas, legales o ilegales: mientras que para la mayoría de la población esto no ha tenido mayor trascendencia que la de tratarse de algunos elementos más de su vida cotidiana que ha ido gestionando como mejor ha sabido, para algunos segmentos de ella, especialmente vulnerables desde el punto de vista social, cultural y/o psicológico, dicho contacto ha resultado muy negativo. Ya que una determinada dinámica económica, social y política, uno de cuyos elementos centrales es el prohibicionismo y su visión represiva y simplona —pero hasta ahora eficaz, como ideología de control— de “la droga”, ha impuesto las peores condiciones posibles a la circulación de drogas en nuestra sociedad, lo que ha supuesto que la criminalización, la estigmatización y marginalización, la insalubridad, la morbilidad, etcétera, se han enroscado en sus ya complicadas vidas, haciéndolas en muchos casos prácticamente invivibles. A través del análisis del caso español he

querido mostrar cómo la experiencia única, individual e irreplicable de cada persona no se puede entender sin situarla en el contexto sociocultural de su existencia.

Si situamos el análisis a un nivel de generalidad más amplio, creo que con el enfoque comprensivo utilizado podremos entender mejor el fenómeno de las adicciones en general. Admitimos que algunos individuos, en determinadas condiciones sufren dependencias que definiremos como patológicas. Y si no hablamos de adicciones en general, sino de drogodependencias, está claro que, a partir de nuestros actuales conocimientos, sabemos que ciertos fármacos pueden precipitar, coadyuvar, fijar, etcétera, estos procesos patológicos de dependencia. Pero creo que, teniendo en cuenta todos los datos y elaboraciones de las que disponemos en la actualidad, es más pertinente abordar la dependencia en relación con lo que llamamos un "estilo de vida" determinado,⁹ sobre todo para señalar que dicha dependencia no se puede relacionar única y principalmente con los efectos farmacológicos de una sustancia sobre un individuo, sino que estamos ante un mecanismo sociocultural en el que confluyen procesos de identificación, de construcción del yo, estrategias de interacción, negociación de rol, en fin, todo un entramado de relaciones económicas, sociales y expectativas culturales que, en un medio histórico concreto, contribuyen a la construcción del sujeto y a través de las que éste orienta su existencia, aunque en este caso sea en medio de áreas sustanciales de conflicto. Situaciones, desde luego, en las que lo farmacológico tiene su papel, pero que no puede contemplarse como el factor causal de las mismas, tal como se ha tendido a hacer de manera simplista desde el modelo biomédico, sino articulado a los demás niveles que configuran este fenómeno.

Pero, más allá de las drogas y las adicciones, aquí he intentado mostrar también la utilidad del análisis del fenómeno de las drogas como una especie de lente de aumento que nos permite poner de relieve algunas contradicciones básicas de nuestras sociedades, para contribuir a explicárnoslas un poco mejor.¹⁰ En este caso, creo que podemos afirmar que la construcción social del problema de la droga en España tuvo unas finalidades básicas que podemos concretar en una simbolización de un grupo de normas de vida que había que defender (sobre todo en momentos de tantos cambios); una identificación —positiva o negativa— con determinados grupos; la posibilidad de manipulación de algunos de éstos; una expresión vicaria de necesidades/expectativas a través de "la droga" como metalenguaje; o la

⁹ Sobre este concepto y sus distintas utilidades teóricas, v. Menéndez [1998].

¹⁰ Desarrollo esta idea de manera más amplia en Romaní, 2001.

construcción de un sistema de control social. En definitiva, con el “problema de la droga” se intentó consolidar y ampliar el consenso social en torno a los valores hegemónicos en un momento de profundas crisis socioeconómicas y culturales, como las que vivió la sociedad española en aquel periodo. Si esto se logró sería cuestión ya de otro artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Agra, C. da et al.

1993 *Dizer a droga, Ouvir as drogas*, Porto, Rádicario.

Arlacchi, P.

1989 “El sistema mundial de la droga” en *Debats*, 29, pp. 58-69.

Castells, M.

1997 *La era de la información*, Madrid, Alianza (3 vols.).

CIDUR-EDIS

1979 *Estudio sobre el consumo de drogas en la juventud española de 12 a 24 años*, Madrid, Ministerio de Cultura.

Comas, D.

1985 *El uso de drogas en la juventud*, Madrid, Ministerio de Cultura.

1986 “La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales” en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Madrid, 34, pp. 57-81. CIS

1988 *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*, Madrid, PNSD.

1989 “La construcción social de la imagen del drogodependiente” en *Jornada de Psicología de la Intervención Social*, Madrid, Insero, vol. 2, pp. 233-261.

De Torres, S.

1986 “Los programas de tratamiento con metadona en España” en *Comunidad y Drogas*, Madrid, 1, pp. 37-43. PNSD.

Díaz, A., M. Barruti y C. Doncel

1992 *Les línies de l'èxit?. Naturalesa i extensió del consum de la cocaïna a Barcelona*, Ajuntament de Barcelona.

Freixa, F. et al.

1981 *Toxicomanías. Un estudio multidisciplinario*, Barcelona, Fontanella.

Gamella, J.

1990 *La historia de Julián*, Madrid, ed. Popular.

Gamella, J.

1997 “Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas”, en *Claves de Razón Práctica*, 72, pp. 20-30.

González Duro, E.

1979 *Consumo de drogas en España*, Madrid, Villalar.

Laporte, R.

1980 "El consumo de drogas en el medio universitario" en *Drogodependencias*, pp. 31-38.

Malvido, P.

1977 "Nosotros los malditos", serie en la revista STAR, núms. 23 a 28, Barcelona.

Menéndez, E. L.

1998 "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes" en *Estudios Sociológicos*, XVI, 46, pp. 37-67.

Moran, G.

1991 *El precio de la transición*, Barcelona, Planeta.

Pallares, J.

1995 *El placer del escorpión. La heroína y los yonkis en Cataluña*, Lleida, Milenio.

Reinarman, C., P. Cohen y H. Kaal

2004 "The limited relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco" *American Journal of Public Health* (may 2004), vol. 94, núm. 5.

Romani, O.

1982 *Droga i subcultura. Una història cultural del 'haix' a Barcelona (1960-1980)*, Barcelona, Publicacions Universitat Barcelona.

1986 *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*, Barcelona, Anagrama (2a. ed.).

1992. "Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención" en Álvarez-Uría (ed.), *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*, Madrid, Endymion, pp. 259-281.

1993 "Dependencia, migraciones y drogodependencias: el sistema de control social de las drogas" en *Actas VI Congreso español de Antropología*, vol. 7, pp. 105-126.

1997 "Etnografía y drogas. Discursos y prácticas" en *Nueva Antropología*, México, vol. XVI, núm. 52, pp. 39-66.

2001 "Drugs, an analyser of contemporary societies" en Van Dongen, Els y J. M. Comelles, *Medical Anthropology and Anthropology*, Perugia, Fondazione A. Celli - Argo, pp. 95-112.

2004 *Las drogas. Sueños y razones*, Barcelona, Ariel (1a. ed., 1999).

Romaní, O. et al.

1995 *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*, Barcelona, Grup IGIA.

Tortosa, J. M.

1992 *Sociología del sistema mundial*, Madrid, Tecnos.

Uso, J. C.

1996 *Drogas y cultura de masas (España, 1855-1995)*, Madrid, Taurus.

Wacquant, L.

2000 *Las cárceles de la miseria*, Madrid, Alianza.

Wallerstein, I.

1990 "Análisis de los sistemas mundiales" en A. Giddens et al. (eds.), *La teoría social, hoy*, Madrid, Alianza.

VV.AA.

1996 *Memoria de la Transición. Del asesinato de Carrero Blanco a la integración en Europa*, Madrid, El País.

Miseria y exclusión, dependencia y explotación: los yonquis de los años 2000

Gabrielle Leflaive

Universidad de Castilla-La Mancha

RESUMEN: *Basado en una investigación etnográfica realizada entre 2000 y 2004 en el poblado chabolista de Las Barranquillas (Madrid), el mayor escenario de consumo y venta de heroína y cocaína de España, este artículo describe las condiciones materiales y de salud extremas en las que viven los yonquis de los años 2000. Muestra cómo los aspectos más dañinos del consumo de drogas se encuentran fomentados por el contexto marginal y degradado del poblado, por la dureza de las relaciones sociales a las que les arroja su dependencia económica, y por las tensiones producidas por un estilo de vida que tiende a alimentar la adicción, favoreciendo la escalada en el consumo y el carácter compulsivo de éste.*

ABSTRACT: *Based on an ethnographic research carried out between 2000 and 2004 in the marginal shanty-town of "Las Barranquillas" (Madrid) which constitutes Spain's major drug scene where heroin and cocaine are sold and used, this article describes the drastic material and health conditions in which the junkies of the 2000's are living. It shows how the most harmful aspects of drug use are favored by the marginal context and the degradation in the shanty-town, by the harshness of the social relationships in which their economic dependence throws them, and by the tensions produced by a life style that tends to foster addiction, encouraging escalation and compulsive forms of use.*

PALABRAS CLAVE: *Drogas, heroína, drogodependencias, marginación, exclusión social, etnografía de drogas.*

KEYWORDS: *Drugs, heroin, drug addiction, marginalization, social exclusion, ethnography of drugs.*

INTRODUCCIÓN

La configuración del "problema de la droga" en España ha cambiado considerablemente en la última década. Tras la ola de heroína de los años ochenta

y principios de los noventa, y los consiguientes estragos que produjo entre la juventud (encarcelamiento, marginación social, muertes por sobredosis, contagio de VIH y muertes por SIDA), los datos epidemiológicos actuales tienden a mostrar que ésta ya no es un problema social apremiante: la “crisis de la heroína” parece superada en buena medida. La alarma social —por cierto mucho menos intensa que en las décadas anteriores— y la política de drogas se centran ahora en nuevos frentes: el “botellón” y el consumo abusivo de alcohol por parte de los jóvenes, el tabaquismo y su auge entre jóvenes y mujeres, y en cuanto a las drogas ilícitas, el consumo de cannabis, de éxtasis y sobre todo de cocaína. España es hoy en día el país de Europa con la mayor tasa de consumo de esa droga ilícita, según los datos del Observatorio Europeo de las Drogas.¹

Sin embargo, los usuarios de heroína siguen estando en alto riesgo con respecto al SIDA² y, si bien su número se ha reducido de forma muy significativa, al mismo tiempo sus condiciones de vida, su estado de salud y sus posibilidades de inserción social plena siguen siendo muy precarios; incluso han empeorado para los más marginales.³ La gran diferencia con respecto a hace una década es que la heroína ya no atrae a los jóvenes, o esto ocurre de forma sumamente reducida y oculta. Por un lado, el hecho de que la juventud no esté en contacto con esa droga, eliminada virtualmente de los barrios, de las calles de la ciudad, de los institutos y universidades, suprime uno de los factores de difusión de su consumo: la exposición. Como lo subraya David Courtwright [2001a:6], citando a William Burroughs, “la drogadicción es ante todo una enfermedad de la exposición; al fin y al cabo, los que tienen acceso a la droga acaban enganchándose, y la idea propugnada desde la psiquiatría y la psicología de un tipo de ‘personalidad pre-adictiva’ encuentra poca evidencia histórica”. La importancia

¹ Presentados por la Ministra de Sanidad ante la Comisión mixta Congreso-Senado sobre drogas el 14 de septiembre de 2004 —v. *El País*, 15/08/04: “España es el país con más consumo de cocaína de la UE”.

² En 2002, la proporción de nuevos casos de SIDA atribuibles al consumo de drogas superaba todavía la mitad de todos los casos en España, lo que representa la cifra más alta de Europa tras Portugal (1270 nuevos casos, 52,1% del total de los nuevos casos en España), y Madrid es la comunidad más afectada (unos 50 casos por millón de habitantes) [OESD, Informe núm. 6, noviembre de 2003].

³ V., por ejemplo, el estudio reciente de la Consejería de Sanidad de la C.A. de Madrid que “muestra un alto índice de marginalidad” entre los consumidores de drogas (heroína y cocaína, esencialmente) entrevistados (302 personas) y revela la persistencia de “prácticas de riesgo” frente al contagio del VIH y de las hepatitis, tanto por vía intravenosa (al compartir material de inyección o de preparación) como sexual (*El País*, 19/06/2004).

de la exposición como factor de inicio en la droga⁴ queda confirmada por el trabajo etnográfico en el que se basa el presente artículo: en los relatos de su introducción al consumo de heroína, los yonquis⁵ aluden constantemente a la presencia extendida de la droga en sus barrios, entre los jóvenes de su edad, los hermanos. “Carabanchel,⁶ en los años ochenta: todos los jóvenes del barrio caían”, me cuenta por ejemplo Yolanda, última de una familia de seis hermanos que se engancharon al caballo y cuatro de los cuales murieron de SIDA. Yolanda no se contagió y todavía se pregunta cómo escapó a ese destino. Su historia es típica de otra época, ya pasada.

Por otro lado, los que no han conseguido “salir de la droga” se están incrustando cada vez más en una semimarginalidad, o en la marginalidad absoluta: semimarginalidad para los que están en programas de mantenimiento con metadona⁷ y/o siguen beneficiándose del apoyo de sus familias, pero cuyas perspectivas de reinsertarse social y laboralmente, de recuperar o alcanzar su completa independencia socioeconómica y recobrar su autonomía personal son reducidas; marginalidad absoluta para un núcleo de yonquis “tirados” que, con la expulsión de la droga de la ciudad, han sido también relegados a los confines de la sociedad y viven en unas circunstancias cada vez más duras, en términos de higiene, salud, condiciones materiales y equilibrio psíquico.

Aquella tendencia se manifiesta en el fenómeno actual de concentración de la venta y el consumo de heroína en unas “tierras de nadie” urbanas de la periferia de las principales ciudades, que constituyen escenarios abiertos, aunque apartados, de droga y marginación. Son los denominados “hipermercados de la droga”, y el poblado de Las Barranquillas, situado en el distrito de Vallecas de Madrid, constituye probablemente el más importante de ellos en España. Las imágenes y los discursos mediáticos sobre Las Barranquillas y

⁴ La exposición no constituye, evidentemente, el único factor de introducción al consumo de heroína, pero sí una condición importante. En efecto, en ausencia de la droga en su entorno habitual, y sin contacto con otros consumidores, es mucho menos probable que un joven pruebe y aprenda a consumir heroína. Sin embargo la exposición no explica por qué determinadas personas o grupos se convierten en yonquis, y el análisis de los procesos de drogodependencia debe tener en cuenta múltiples y complejos factores socioculturales.

⁵ La palabra “yonqui” es la que los propios usuarios de heroína emplean a menudo, con la de “drogadicto”, para designarse a sí mismos o a las personas “enganchadas a la droga”; el uso del término en el presente artículo no tiene connotación ofensiva ninguna.

⁶ Barrio popular situado en el sur de Madrid.

⁷ La metadona es una opiáceo sintético utilizado como sustituto de la heroína en los centros de ayuda a los drogodependientes (CAD), en los llamados “programas de mantenimiento”, destinados a las personas que han fracasado en los programas “libres de drogas” orientados hacia la abstinencia. Aquellos programas empezaron a ser organizados en España a principios de los años 90, dentro de la política llamada de “reducción de daños”.

otros escenarios similares, con su tendencia reductora, sensacionalista y catastrofista⁸ tienden a reforzar la aparente evidencia y simplicidad de la asociación droga (heroína) con degradación y marginación, como si de una consecuencia directa e ineluctable de las propiedades farmacológicas de la heroína se tratara, para unos sujetos cuya voluntad (personalidad) y moralidad deficientes han impedido evitar la heroína o salir de ella, a pesar de la asistencia ofertada por la sociedad. De este modo, se ocultan los factores reales que permiten dar cuenta de las drásticas condiciones en que viven y mueren los yonquis de los años 2000. Paradójicamente se encuentran a la vez invisibilizados —por ser relegados a un espacio aparte, aislado— y mediatizados, pero de una forma deshumanizante, como “zombis” —en el sentido de moribundo y al mismo tiempo de persona incapaz de dirigirse por su propia voluntad— que sólo buscan la próxima dosis, animados por una compulsión misteriosa y autodestructiva. Si esa mediatización y las representaciones sociales hegemónicas sobre “la droga” cumplen la función social de proporcionar un repulsivo (o un chivo expiatorio, para Thomas Szasz [1990] y Antonio Escohotado [1998]) que mantiene a la juventud alejada de la heroína, al mismo tiempo acaba legitimando la situación sanitaria y socioeconómica escandalosamente deteriorada en la que viven varios centenares de personas en Madrid, y en la que muchas más están en riesgo de caer; finalmente obstaculiza la ayuda adaptada y eficaz a las personas drogodependientes, en especial a las más excluidas.

La investigación etnográfica que desarrollé entre 2000 y 2004 en el poblado de Las Barranquillas, cuyo objetivo principal era conocer y entender los estilos de vida⁹ de las personas que consumen heroína y cocaína en el contexto de ese poblado, permite abordar el análisis de aquellos factores que podemos aglutinar bajo la denominación de “reacción social a la droga”. Entiendo por esa expresión el conjunto de prácticas y repre-

⁸ Se pueden encontrar formulaciones como “Ernesto, un somnábulo de 18 años...” (*El País*, 20/12/1999, en el artículo “Más narcos, menos salas”) o “un ejército de moribundos” (*El País*, C. Valenciana, 17/08/2003, en el artículo “Un cementerio en el Parque de Cabecera”), etcétera. Desde la televisión, los reportajes sensacionalistas no escasean, hasta con cámara oculta, como en el programa de Investigación tv presentado en noviembre de 2001, en TeleMadrid.

⁹ En el sentido propuesto por Eduardo Menéndez: reconociendo que las capacidades reales de elección y de modificación de los comportamientos que afectan la salud de los sujetos dependen en buena medida de su grupo sociocultural de pertenencia, es decir, de las condiciones materiales, políticas y culturales que emergen a través de las relaciones con los otros sectores sociales. Menéndez denuncia la reducción del concepto de estilo de vida, desde la medicina y en particular la epidemiología, a una versión atomista, individual y voluntarista, que acaba colocando “la responsabilidad de su enfermedad en el paciente” y “constituye una variante de culpabilización de la víctima” [Menéndez, 1998:56].

sentaciones que históricamente han cuajado en las leyes, las estrategias policiales, los mercados ilícitos de la droga y sus agentes, la intervención en materia de drogodependencias de las instituciones sociosanitarias y de los organismos privados, las actitudes de las familias y en los contextos laborales, los discursos públicos y de los medios de comunicación, etcétera. De este modo, muchos de los comportamientos de los drogadictos, que desde las representaciones dominantes sobre “la droga” se consideran consecuencias de la adicción a la heroína, adicción que empujaría al sujeto hacia una espiral de inevitable degradación y autodestrucción, pueden entenderse en realidad como estrategias elegidas de forma lógica, racional, para afrontar las condiciones a menudo extremas en las que se desarrolla la vida diaria de las personas “enganchadas” a la droga. La inmersión en los modos de vida cotidianos de los “yonquis” y el hecho de centrar la investigación más en el “cómo” se vive la drogadicción que en el “por qué” permiten cambiar la mirada y, en lugar de ver una extraña compulsión autodestructiva, percibir la lucha por la supervivencia en un contexto que ofrece pocas alternativas.

El presente artículo trata de ilustrar ese cambio de mirada abordando algunos aspectos de la vida de los yonquis en el contexto de Las Barranquillas y señalando, sin pretensión de ser exhaustivo, algunos de los factores que permiten dar cuenta de los comportamientos observados. En primer lugar, procederé a una descripción a grandes rasgos del poblado de Las Barranquillas, como marco general para entender los diversos elementos abordados a continuación. Analizaré cómo los aspectos más “espantosos” del poblado, por ejemplo, la visión de unos yonquis extremadamente sucios y físicamente degradados pinchándose entre muros derrumbados y basura —es decir, “lo intolerable”—, pueden entenderse como “fruto de la intolerancia”, para retomar la excelente fórmula de Juan Gamella [1991]. Abordaré a continuación las relaciones económicas que mantienen los yonquis con los comerciantes del mercado ilícito de heroína y cocaína y con el resto de la sociedad, indicando primero cómo la drogodependencia se traduce por una dependencia económica que tiende a perpetuarse porque alimenta la adicción al fomentar la escalada en el consumo y el carácter “compulsivo” de éste. Mostraré después cómo esas relaciones económicas presentan claros rasgos de explotación, no sólo por parte de los comerciantes, sino también por parte de la sociedad “normal”.¹⁰

¹⁰ La “gente normal” para los usuarios del poblado es la gente “que no está enganchada a la droga” (es decir, no a una droga ilícita y cuyo consumo está fuertemente reprimido y mal visto, como la heroína). La sociedad “normal” es la sociedad fuera de Las Barranquillas.

I. LAS BARRANQUILLAS: UN “NEEDLE PARK” FUERA DE LA VISTA

El poblado chabolista de Las Barranquillas se fue organizando alrededor de la venta de dosis de heroína y cocaína a partir de 1997, si bien empezó en los años noventa como barriada pobre de unas familias gitanas dedicadas a la horticultura y la chatarrería, aprovechando la proximidad de un gran vertedero municipal. Mientras nuevas familias se asentaban justamente para dedicarse al comercio ilícito de drogas, queriendo aprovechar las posibilidades de “privatización” del espacio, los gitanos opuestos al desarrollo de esa actividad en su barrio y al consiguiente deterioro del ambiente lo abandonaban, y la venta de droga llegó a ser la actividad principal de los residentes. El proceso de concentración del mercado callejero de heroína de Madrid culminó tras el desmantelamiento, en el año 2000, de otros dos poblados marginales cercanos donde se vendía esa droga, La Celsa y La Rosilla, y el posterior traslado de los comerciantes a Las Barranquillas. Situado en una zona de descampados y terrenos industriales (un desguace de coches, un gran vertedero municipal hoy en día cerrado, el Centro de Transporte de Madrid) delimitada por la M-40 y la nueva autopista Radial 4, el poblado se encuentra físicamente separado de los espacios residenciales. La ventaja principal de aquella situación, en cuanto al mercado de la droga, es su ubicación fuera de los circuitos de gestión pública de la ciudad, lo que permite a los comerciantes hacerse dueños del espacio y organizarlo y controlarlo en función de sus objetivos comerciales. En 2002, el poblado constaba de unas 300 casetas y chabolas.

La forma principal que utilizan los comerciantes para controlar el espacio y protegerse contra la represión policial consiste en emplear a drogadictos para vigilar de forma permanente los movimientos policíacos, lo que se llama “dar el agua”. No pueden impedir el acceso de la policía al poblado, pero sí tratan de reducir sus efectos en buena medida. Avisados por sus empleados o “machacas” ante cualquier acercamiento de la policía o amenaza de registro, los comerciantes tienen el tiempo de hacer desaparecer la droga que constituiría la prueba de su delito. La policía, municipal, nacional y secreta, está presente casi a diario en el poblado, pero al no poder inculpar a los traficantes salvo pillándolos *in fraganti*, la situación habitual es más bien de observación mutua entre comerciantes y agentes, mientras el comercio sigue desarrollándose. En efecto, como en el caso de otros “delitos sin víctima”,¹¹ la eficacia de la represión de la venta ilegal de

¹¹ La categoría de crímenes sin víctima fue acuñada por Edwin M. Schur para designar “the willing exchange, among adults, of strongly demanded but socially disapproved and legally proscribed goods or services” [Schur, 1965:169], es decir, el intercambio voluntario, entre

droga se ve globalmente limitada por la ausencia de un denunciante: el usuario de droga es poco susceptible de presentar una demanda contra su proveedor ilícito. La colaboración de los yonquis con los comerciantes para “dar el agua”, que los vuelve partícipes en el comercio ilícito, es al mismo tiempo una manifestación de la dependencia económica que caracteriza la relación entre yonquis y comerciantes del poblado, como se verá más adelante. Según los rumores que circulan entre los yonquis del poblado, ciertos comerciantes utilizan como otro recurso para protegerse de la represión la compra de complicidades entre las fuerzas de seguridad, mediante sobornos que sirven no sólo para limitar la persecución directa, sino también para recibir avisos de las posibles acciones de otros agentes no corruptos.¹²

Sin embargo, no debe por ello pensarse que la policía esté inactiva y que los comerciantes no sufran las consecuencias de la represión. Pagan un precio importante, como lo muestran las estadísticas facilitadas por el Ministerio del Interior (40 registros y 230 personas detenidas, ocho kilos de heroína y siete de cocaína así como 68 básculas de precisión y 33 armas de fuego incautadas, entre 2000 y 2002).¹³ Las irrupciones policiales, las redadas y las detenciones se producen con cierta regularidad, y con el juego de la solidaridad familiar, las ganancias realizadas mediante el comercio de la droga se dedicarán a pagar abogados y fianzas y a compensar las consecuencias de la ausencia de un miembro de la familia en caso de encarcelamiento. Tras una detención, una casa de venta no se queda vacía por mucho tiempo: algún miembro de la familia, u otro candidato a comerciante ilícito dispuesto a pagar un alquiler

adultos, de bienes o servicios ampliamente demandados pero socialmente desaprobados y legalmente proscritos —traducción mía—. El carácter inaplicable (“unenforceable”) de las leyes que penalizan aquellas conductas procede de la carencia de un demandante y de la consiguiente dificultad para conseguir pruebas, así como de la baja visibilidad de esas conductas, ligada a su carácter voluntario y al hecho de poder desarrollarse en privado. En efecto, se trata de transacciones de intercambio con falta aparente de daño, como en el caso de la homosexualidad, el aborto o el consumo de heroína (la homosexualidad queda incluida por ser legalmente prohibida en Estados Unidos en la época en la que escribe Schur). Otras consecuencias se desprenden de aquellas características, como la invitación a la corrupción policial, la creación de “desviaciones secundarias” (fomentadas por la reacción social al delito sin víctima), la desmoralización, y la tendencia para los individuos implicados a desarrollar una auto-imagen de desviado (“deviant self-image”) [1965:169-179].

¹² La existencia de tales prácticas es plausible: la corrupción policial y judicial relativa al mercado ilícito de la droga es notoria. V. por ejemplo el apéndice de la “Historia elemental de las Drogas” de Antonio Escohotado [1996].

¹³ *El País*, 23/06/2003, artículo “Interior admite que en la región existen 23 ‘híper’ de la droga”. Las cifras de acción policial en Las Barranquillas para el año 1999 son: 36 redadas, 143 detenidos, siete kilos de droga incautados (*El País*, 16/04/2000, artículo “El hipermercado de la droga más grande de España cuadruplica su clientela”).

para tener un despacho de venta en el poblado,¹⁴ ocupará el lugar del detenido. El colectivo gitano al que pertenecen mayoritariamente los comerciantes de la droga en el poblado no dispone de muchas alternativas en cuanto a su exitosa inserción en la sociedad y la economía, y no es de extrañar que la venta de la droga se presente para algunos como una salida atractiva, a pesar de las barreras éticas, del estigma (que se traduce a menudo por el rechazo por parte del resto del colectivo gitano, además de alimentar las actitudes racistas de los “payos”), y de los riesgos y costes que esa actividad conlleva —uno de los costes, y no de los menores, es la adicción—. Cuando uno de mis informantes dijo a Lola, la mujer que “despacha” la droga en una de las casas importantes del poblado, que tenía que estar “forrada” con la cantidad que vende a diario, ella le contestó: “No te creas, con tres hombres enganchados en casa (el marido y dos hijos)”.

La población de familias gitanas asentadas en Las Barranquillas, de las que buena parte (pero no todas) se dedica al comercio de droga, representa unas 120 unidades familiares, o 600 a 800 personas, según las estimaciones del IRIS en 2002,¹⁵ si se tiene en cuenta la dificultad de evaluar el número de residentes permanentes: algunos solamente tienen un despacho de venta en el poblado y residen en realidad en otro barrio de Madrid. Los servicios públicos básicos de una ciudad —transporte público, limpieza y recogida de basura, red de teléfono, agua y luz, alcantarillado y mantenimiento vial— no alcanzan Las Barranquillas y sus habitantes. El espacio ocupado por el poblado no aparece en los planos de Madrid; las calles (mejor dicho: los caminos de barro llenos de baches) no tienen nombres, las casas de ladrillo y las precarias chabolas carecen de dirección, no hay títulos privados de propiedad. Las viviendas se construyen, adaptan y abandonan por iniciativa privada en función de las necesidades del comercio, la venta que se desarrolla en las casas de los comerciantes. En las más importantes, suele reservarse un espacio separado para la venta y la vida familiar. Aquellas casas de mayor actividad disponen de sistemas de seguridad, como antesalas para controlar los accesos, ventanillas con barrotes de hierro, puertas reforzadas, etcétera. Algunas están organizadas como verdaderos fortines, con hasta cuatro machacas que aseguran en forma permanente la vigilancia y la regulación de los accesos.

¹⁴ El alquiler de una casa de venta puede alcanzar unos 3000 euros al mes, según los rumores que circulan en el poblado.

¹⁵ IRIS: Instituto de Realojó e Inserción Social, de la Comunidad de Madrid. La población actual está en clara disminución, desde la puesta en marcha de un plan de desmantelamiento del poblado a mediados de 2004: las casas y chabolas son derrumbadas por máquinas en cuanto queden desocupadas, con el fin de que no vuelvan a ser habitadas. Pero la actividad comercial prosigue, aunque con una mayor concentración.

A pesar de los esfuerzos de los comerciantes con mayores ingresos por acomodar el interior de sus casas o chabolas (utilizando una mano de obra muy barata: los yonquis) con estufas de leña, sanitarios en algunas, tomas ilegales de corriente y agua, las condiciones de vivienda y de higiene son precarias en el poblado: pequeñas casas de ladrillo o chabolas cubiertas por materiales diversos (chapa ondulada, toldos de plástico, contrachapado), conexiones ilícitas con la red eléctrica hechas sin respecto de las normas de seguridad (lo que provocó varios incendios), deterioro material generalizado del entorno, calles sin asfaltar que son el dominio del polvo y del lodo, de la basura y de las jeringuillas usadas extendidas por todas partes. El espacio público no ofrece ningún abrigo contra el sol en verano, el frío o la lluvia en invierno.

Por muy desagradable, deteriorado e incómodo que sea el lugar, se asiste en el poblado a un continuo trasiego de coches y peatones venidos para “pillar”, es decir comprar droga y consumirla *in situ*. Ese trasiego se produce durante todo el día, con horas punta, por ejemplo, la hora de comer y el final de la tarde, y también durante la noche, donde parece incluso más intenso porque solamente una parte de las casas sigue vendiendo, y la circulación se limita a ciertos espacios. El comercio de la droga es realmente permanente; a cualquier hora y cualquier día del año es posible comprar heroína y cocaína. Las casas de venta se encuentran dispersas en toda la extensión del poblado, y cada cliente acude a una de sus casas habituales, o sigue a uno de los yonquis apostados en la entrada del poblado hasta una casa donde “hay buen género” (buena droga). El yonqui espera obtener una pequeña comisión por parte del comerciante y/o que le invite el cliente a compartir una dosis con él. La transacción de compra en la casa de venta se hace de forma rápida, una vez que el machaca encargado de vigilar las entradas deja pasar al cliente. Pero después los usuarios de Las Barranquillas¹⁶ no pueden permanecer cerca de la casa donde compran, y deben desplazarse hacia distintos espacios del poblado donde se les permite quedar para “ponerse” (consumir). Los comerciantes hacen cumplir esas reglas también por los machacas, con el fin de evitar agrupaciones delante de sus casas, lo que llamaría la atención de la policía y dificultaría el control de los accesos.

Los usuarios tienen prisa por un conjunto de razones: quizá sienten ya los síntomas del “mono” (síndrome de abstinencia), o simplemente el ansia por consumir; tienen miedo, este lugar no es agradable, y todo el mundo sabe que aquí las relaciones se rigen mediante la violencia o la amenaza de violencia; al

¹⁶ Utilizo la expresión “usuarios de Las Barranquillas” para designar el conjunto de personas que acuden al poblado a comprar droga, cual sea su frecuencia y forma de consumo. No todos se autodefinen como yonquis.

llegar al poblado uno está sometido a un acoso constante de “chuteros” que venden jeringuillas, plata, amoniaco y otro material de consumo; de usuarios que pasan mono y tratan desesperadamente de reunir el dinero para una dosis, pidiendo con súplica en la voz, o intentando vender objetos robados, *trankimazines*,¹⁷ o metadona; de machacas que gritan con sus voces cascadas para atraer a los clientes. Los usuarios que tienen un empleo, una familia, y mantienen secreto su consumo deben pasar el menos tiempo posible en el poblado, pues la necesidad de acudir regularmente los obliga a una gestión tensa del tiempo, de las mentiras y excusas. Los que no tienen ese nivel de inserción, y viven en mayor o menor grado de forma marginal, tienen prisa porque después de ponerse tendrán que volver a “buscarse la vida”, es decir, entregarse a las actividades ilícitas (hurto, robo, prostitución, mendicidad) que les permiten costear el consumo de droga, sabiendo que aquellas actividades producen mucha tensión y siempre conllevan un riesgo: el de ser pillado o no sacar nada. La desconfianza es un sentimiento general de los que acuden al poblado: los riesgos de ser atracado, de verse robado de su droga, dinero, coche u otras posesiones, si bien se exageran, son bien reales. Todo el mundo aprende, a veces a su costa, a tomar algunas precauciones básicas, como encerrarse en el coche, no dejar nada visible ni sin vigilancia, y a nunca bajar la guardia. La rapidez es necesaria también para evitar aquellos riesgos. El resultado de todo ello son atascos frecuentes, coches que quieren pasar todos a la vez, maniobrando en completo desorden, a veces en medio de gritos e insultos.

El coche, o un lugar cerrado y protegido del aire, es indispensable para fumar la heroína, la cocaína o la mezcla de ambas drogas en un “chino”. El chino es un trozo de papel aluminio (“plata”) de unos 10 por 15 o 20 centímetros en el que se dispone la droga en forma base (no soluble), para ser fumada, aspirando su vapor por un tubo en la boca mientras con la llama de un mechero se calienta el chino por debajo para provocar la fusión de la sustancia. La otra forma de consumo dominante en el poblado es la vía inyectada,¹⁸ para la heroína, la cocaína o la mezcla de ambas, lo que los usuarios llaman un *speedball*. Los programas de intercambio de jeringuillas, que acuden a diario al poblado, se apuestan en el principal punto de acceso, distribuyen material de inyección estéril a cambio de material usado, así

¹⁷ Medicamento de la familia de las benzodiazepinas, recetado como tranquilizante y apreciado por algunos yonquis marginales como alternativa barata a la heroína —se vende en el mercado callejero a un euro el comprimido de dosificación alta.

¹⁸ El consumo esnifado, tanto de heroína como de cocaína, no se practica en el poblado. Aspirar la heroína ha desaparecido casi por completo en Madrid, y aspirar la cocaína es el modo usual de consumo en otros contextos, integrados y no marginales como el de Las Barranquillas (en privado, en bares, discotecas, *after-hours*, fiestas).

como varios elementos adicionales que facilitan el consumo de droga en mejores condiciones de higiene. Aportan también otros servicios: consejos de consumo de menos riesgo, orientación hacia recursos de ayuda a los drogodependientes, curas.

Con la situación apartada del poblado, que los transportes públicos no alcanzan, y las ventajas que representa el coche, como lugar de consumo y protección en el contexto físico y social del poblado, se puede entender el éxito de las “cundas” o taxis de la droga, que aseguran el servicio informal e ilícito de transporte de los usuarios desde varios puntos de la ciudad hacia el poblado, y de vuelta, incluyendo en el servicio la posibilidad de consumir dentro del coche. En los puntos de salida de las cundas, situados en la ciudad y conocidos de forma muy general por los usuarios de Las Barranquillas, se juntan tres o cuatro usuarios, para que el “cundero”, dueño del coche y chofer, les lleve al poblado. Cada cliente de la cunda paga al cundero un precio de unos tres o cuatro euros; éste consigue, además, pequeñas cantidades de droga gratis que le dan los comerciantes como comisión por traerles clientes. En el poblado, el cundero consume con los clientes en su coche, y luego los deja otra vez en el punto de cundas para repetir la operación. Sin embargo, los cunderos no suelen permitir a las personas que se inyectan hacerlo en su coche. Existe una norma general en el poblado de separación entre inyectores y fumadores —separación que manifiesta al mismo tiempo una jerarquía, el consumo inyectado se sitúa en lo más bajo de la escala de valores, el que molesta a los demás, la forma de consumo peor vista, incluso por los propios usuarios—. Un cundero, incluso si él mismo se inyecta, no dejará a un cliente de cunda pincharse en el coche, y éste tendrá que salir y pincharse a la intemperie. En los dos o tres “fumaderos” del poblado, casetas bien cerradas en las que se aglutinan los usuarios sin coche para fumar al abrigo del aire, nadie quiere ver una aguja. Muchos usuarios no soportan ver a alguien hacerse un pico, y no es raro que el propio inyector exprese una profunda vergüenza por su forma de consumo, que practica escondido, de cuclillas detrás de un muro o un coche. Aquellos cuya vida se desarrolla esencialmente en el poblado acaban perdiendo ese pudor, al estar constantemente entre gente que se inyecta a la vista de los demás. Los “maquinistas”, que aportan el servicio de hacer la inyección a los usuarios que no saben hacerlo o tienen problemas para encontrar una vena donde inyectarse con éxito,¹⁹ desarrollan otra actitud

¹⁹ Sin “perder el pico”: en lugar de inyectarse en la vena, hacer una inyección subcutánea que no tendrá el mismo efecto e incluso será dolorosa, o pillar por error una “vena de fuego”, es decir, una arteria, lo que produce un dolor fuerte con sensación de quemadura.

ante la inyección, más profesional, en la que no entra ni “grima” ni rechazo, de la misma forma que las enfermeras acostumbradas a hacer inyecciones y a ver la sangre en un contexto y con un interés profesional no manifiestan las reacciones emocionales que suelen tener las personas legas.

Aparte de los vecinos gitanos, el otro grupo de residentes del poblado está formado por los yonquis “tirados”, es decir, aquellas personas marginales, sin techo, apartadas del resto de la sociedad, que han acabado viviendo de forma permanente en Las Barranquillas. Representan el escalón más bajo del mundo social del poblado, quienes soportan las peores condiciones materiales y de salud, viviendo en la indigencia casi absoluta y sufriendo el desprecio de los demás, en particular de los comerciantes. Su apariencia física denota la dureza de sus condiciones de vida: delgadez extrema, bocas en muy mal estado, suciedad, ropa muy gastada y a menudo insuficiente, calzado inadecuado, marcas, heridas y costras en la piel, signos de debilidad y agotamiento... La mayoría son hombres, con una larga historia de consumo de drogas y de exclusión social. Hay también mujeres, que, además de las condiciones de vida en la marginación, sufren dos elementos agravantes para ellas. En primer lugar, su vulnerabilidad mayor que la de los hombres con respecto a la violencia física —la amenaza, la intimidación y la violencia física se utilizan como recursos para la regulación de las relaciones sociales en el poblado en mayor medida que en otros contextos sociales de la sociedad “normal”—.²⁰ En segundo lugar, el desprecio adicional que se manifiesta hacia ellas: hay en efecto una representación ampliamente compartida de la mujer yonqui como habiendo caído “más bajo” que el yonqui varón.²¹ Es difícil estimar la población de yonquis que reside en Las Barranquillas debido a su inestabilidad. Puede representar unas 200 a 300 personas en un momento determinado. Las personas desaparecen del poblado por varias razones: son detenidas y encarceladas, se esconden (si están en busca y captura, por ejemplo) o mueren, o ingresan en un centro de tratamiento, en una comunidad terapéutica o en el hospital. Otros yonquis las sustituyen, pasando la mayoría del tiempo en el poblado,

²⁰ El uso mayor de aquellos recursos (amenaza, violencia, etcétera) en el poblado se debe a la imposibilidad de recurrir a los mecanismos habituales de regulación de las relaciones sociales, en un contexto “fuera de la ley”. “Aquí rige la ley del más fuerte”, una fórmula típica de los usuarios y residentes para describir su percepción del funcionamiento del poblado.

²¹ Por ejemplo, Carmen Meneses [2001:1-2] afirma, hablando del consumo de heroína entre las mujeres, que “éstas son presentadas, tanto en los estudios como en los medios de comunicación social, como personas transgresoras y marginales, más patológicas que los varones, asociadas a la realización de la prostitución, y al abandono de sus responsabilidades como madre”.

porque al fin y al cabo allí es donde pueden resolver el problema inmediato que tienen: conseguir droga. La forma más sencilla de hacerlo, cuando faltan fuerzas y recursos para dedicarse a alguna otra actividad, es trabajar en el propio poblado como machaca para los comerciantes y recibir cada cuatro horas la “toma” (dosis de heroína o de mezcla), que constituirá la única remuneración. Me llevaría demasiado lejos en el marco del presente artículo adentrarme en el análisis de las trayectorias por las que han pasado las personas que viven en el poblado. Sin embargo, adelantaré que se puede descubrir en cada caso una serie de circunstancias tales que, en un principio, el residir en el poblado y desarrollar allí su forma de “buscarse la vida” se presentaba claramente como una alternativa viable, frente a otras (como salir de la droga) que en realidad se revelaban imposibles a corto plazo, por falta de apoyo y de recursos materiales y sociales. En todo caso, los yonquis que viven en Las Barranquillas trabajan para los comerciantes, o se hacen “chutereros”, es decir vendedores de “chutas” (jeringuillas): con sus bolsas blancas de plástico, deambulan en el poblado para vender material de consumo a los usuarios que vienen a pillar y a consumir. Además de jeringuillas estériles, venden amoniaco —necesario para la transformación de la cocaína en base apta para fumar—, plata, pipas, ácido cítrico, etc. Obtienen el material de los programas de intercambio de jeringuillas, a cambio de jeringuillas usadas que recogen del suelo, y su actividad se desarrolla sobre todo en los horarios no cubiertos por dichos programas, de noche en particular. Gracias a ellos, a cualquier hora y cualquier día del año, los usuarios de Las Barranquillas tienen acceso a material de inyección y consumo higiénico. Algunos chutereros hacen también de “maquinistas”, proponiendo a los usuarios el servicio de inyectarlos, a cambio de una dosis de droga o de un poco de dinero. Muchos residentes también se “buscan la vida” fuera del poblado, acudiendo a la ciudad para pedir en la calle, vender servicios sexuales, robar, y volviendo al poblado hasta que se haya agotado el dinero y la droga, y que sea necesario volver a buscarse la vida. Los más indigentes y débilmente físicamente pueden verse reducidos a pedir los restos de droga que los usuarios dejan en el “bote” donde han preparado la dosis, de ahí su denominación de “boteros”.

A partir del año 2000-2001, dos recursos de la Agencia Anti Droga de Madrid fueron abiertos en Las Barranquillas. El primero fue el Dispositivo Asistencial de Venopunción, comúnmente llamado “Narcosala”, donde los usuarios pueden utilizar una de las diez cabinas individuales para inyectarse en mejores condiciones de higiene, beneficiándose de la asistencia de un equipo médico: curas, consejos y ayuda médica, material de consumo, orientación hacia recursos para drogodependientes...

A pesar de algunos límites que este servicio presenta desde el punto de vista de los usuarios, como la prohibición de fumar tabaco, de entrar dos o más personas en una cabina, de recibir asistencia para la realización de la inyección, la ubicación a unos 800 metros del centro del poblado, su uso entre los inyectores ha ido consolidándose sobre todo a partir de principios de 2001 cuando amplió sus horarios a las 24 horas, ya que la actividad de consumo de drogas es importante de noche. Éste y otros programas de “reducción de daños”, como los intercambios de jeringuillas, han contribuido de forma significativa a contener algunas de las consecuencias más drásticas del consumo de drogas ilegales en aquel contexto marginal y precario: sobredosis, nuevas infecciones de VIH y hepatitis, abscesos y otras enfermedades. El segundo recurso abierto en Las Barranquillas fue el Albergue de Emergencia, situado al lado de la Narcosala, que ofrece camas, comidas, duchas y ropero para los yonquis sin hogar. Este recurso mejoró sensiblemente sus condiciones materiales de vida, pero al mismo tiempo contribuyó sin duda a volver a muchos sin techos más sedentarios en el poblado, reforzando su separación y aislamiento con respecto al resto de la sociedad.

Para retomar el nombre atribuido al parque Platzspitz de Zurich que funcionó como “escenario abierto” de la droga (“Offene Drogenszene”) en el corazón de esa ciudad entre 1987 y 1991, Las Barranquillas merecería el apodo de “Needle Park cuartomundista”. En efecto, como en el Platzspitz, en ese lugar donde se concentran los comerciantes, los yonquis más excluidos, las organizaciones evangelistas que tratan de reclutarlos para sus comunidades terapéuticas, los pequeños nichos profesionales que han florecido alrededor de la droga (chutereros, cunderos, maquinistas) y los recursos de reducción del daño, se puede ver un concentrado de lo peor de la drogadicción, como si de una “escena” de teatro se tratara. Esa denominación permite subrayar, en un contexto aun más drástico que en aquel parque, la dureza y la miseria de la vida de los yonquis marginados de Madrid. Sin embargo, el uso de la imagen de “Needle Park” tiende a poner de relieve solamente los aspectos más espectaculares y repulsivos de ese “escenario abierto”, como fue el caso con la excesiva mediatización del Platzspitz:²² jeringuillas usadas en el suelo, personas sucias y degradadas pinchándose abiertamente, suciedad y deterioro, delincuencia y violencia. Tiende a dejar oculto el hecho de que muchos de los usuarios que acuden diariamente al poblado siguen gozando de cierto grado de integración social y de inde-

²² Annie Mino [1996:109], médico suizo, cuenta que sólo para 1989, 20 equipos de televisión hicieron reportajes del Platzspitz.

pendencia económica, lo que demuestra, en contra de las ideas recibidas, que el consumo de drogas puede compatibilizarse, por lo menos durante cierto tiempo y en determinadas condiciones, con la inserción social y las responsabilidades que conlleva. Ello no implica necesariamente abogar por una política de distribución libre de todas las drogas, pero sí muestra que la marginación y la delincuencia son más el resultado del estigma que sufren los usuarios de drogas, y de la línea represiva de las políticas, que de los efectos de la propia sustancia que consumen; también revela lo contradictorio de algunas actitudes adoptadas en las intervenciones sociosanitarias que consisten, en un intento de normalización de su modo de vida, en exigir de los usuarios que gozan de cierta integración social que adopten una identidad de yonqui y renuncien a su (limitada) autonomía socioeconómica para beneficiarse de una asistencia. Detrás de la imagen de “Needle Park”, es necesario percatarse de la variedad de formas de consumo y de maneras de vivir la dependencia a la droga. Otro efecto es el de ocultar el papel importante y la eficacia real de los recursos de reducción de daños, que tienden a considerarse como una vergonzosa concesión a lo “inaceptable”, tolerada únicamente a condición de mantenerse “fuera de la vista” y de preservar el aislamiento de aquel submundo marginal con respecto a la sociedad “normal”, y no como una medicina de urgencia, imprescindible y todavía insuficiente. La ecuación droga=marginación=delincuencia, presentada como una evidencia ineludible de la drogadicción, ciega la opinión pública y las instancias de poder sobre una realidad que muchas experiencias en diversos países (Holanda, Gran Bretaña, Alemania, Suiza), algunas ya antiguas, han demostrado ampliamente: con una verdadera voluntad política, la dedicación suficiente de recursos económicos y humanos y la coordinación entre distintas áreas de intervención (medicina, distribución farmacéutica, agencias de intervención en drogodependencias, policía, asociaciones de vecinos y sociedad civil, entre otras) es posible mejorar notablemente la salud de los drogodependientes y reducir los efectos de la marginación social,²³ lo que a su vez abre nuevas posibilidades para que se orienten hacia la abstinencia —que muchos desean, pero su vulnerabilidad y la lógica de su vida en la marginación les impiden alcanzarla—. Finalmente, impide ver que el fenómeno de Las Barranquillas no es el resultado de una excesiva “tolerancia” al que cabría poner fin mediante más medios de represión, como parte de la

²³ El libro de Annie Mino [1996], citado anteriormente, propone un esbozo de los logros conseguidos en distintos contextos y países, y cuenta la experiencia suiza de reducción de daños. V. también O'hare, Newcombe *et al.* [1995], Cattacin, Lucas y Vetter [1995], y Stengers y Ralet [1991].

opinión pública tiende a pensar,²⁴ sino, al contrario, la consecuencia de una duradera política de represión y de exclusión de los usuarios de droga.

II. LO INTOLERABLE, FRUTO DE LA INTOLERANCIA

Juan Gamella [1991] utilizó esa fórmula acerca del consumo endovenoso de heroína: mostró cómo, históricamente, aquella técnica se fue adoptando en los contextos callejeros de consumo como resultado de la represión, con unas consecuencias muy nefastas para la salud de los usuarios. En efecto, frente al cierre de todos los accesos legales a una fuente de opiáceos,²⁵ la inyección tenía la ventaja de maximizar el efecto de una droga de muy baja calidad obtenida a “precio de oro” en el mercado negro. El drástico contraste entre las condiciones en las que se usaba esa técnica para el consumo callejero, sin posibilidad de respetar los requisitos de asepsia, y para un consumo devenido “compulsivo” debido a las dificultades de conseguir la droga y consumirla bajo la prohibición, y los contextos médicos y de clase media-alta en los que la técnica de la inyección se había desarrollado, explica las amplias consecuencias negativas para la salud del consumo intravenoso (sepsis, infecciones por virus, abscesos, sobredosis). La aguja en la calle, fuera de su sitio (el hospital, el consultorio médico) llegó a simbolizar lo incomprensible de la drogadicción, sus aspectos más aberrantes. El segundo nivel de represión, impidiendo el acceso a jeringuillas estériles, dio pie a la extensión de la práctica de compartir jeringuillas, desembocando en la grave —y perfectamente evitable²⁶— epidemia de SIDA entre inyectores de drogas.

Del mismo modo que lo hizo el autor para esa práctica de consumo, es posible recuperar la dimensión histórica del fenómeno de Las Barranquillas y señalar los contextos socioeconómicos que condujeron a su existencia, con sus características escandalosamente “cuartomundistas”. Es posible mostrar

²⁴ La pregunta más frecuente del público tras la difusión de imágenes realizadas con cámara oculta en Las Barranquillas y otros “hipermercados de la droga” de España en una emisión de Telemadrid era la de saber por qué la policía “permitía” que se desarrollara el comercio de la droga en aquellos lugares.

²⁵ Debido a la interpretación represiva del “Harrison Act” (que entró en vigor en 1915 en Estados Unidos) acerca del mantenimiento de las personas dependientes a los opiáceos. Los médicos fueron perseguidos y encarcelados por recetar opiáceos a sus pacientes dependientes, las clínicas que ofrecían tratamientos de mantenimiento fueron cerradas (Escohotado, 1998; Courtwright, 2001a).

²⁶ Permitiendo el acceso fácil a un material de inyección estéril, en lugar de especular sobre la supuesta “cultura” de compartir jeringuillas o la supuesta indiferencia de los usuarios de drogas hacia los riesgos y la prevención.

que la dureza de las condiciones de vida de las personas que residen allí y la dureza de las relaciones sociales que se dan en el poblado son el resultado de la evolución histórica del mercado callejero de heroína en Madrid —evolución que he podido reconstituir a partir de los numerosos relatos recogidos en mi trabajo de campo, que cubren los últimos 20 años desde principios de los años ochenta. La heroína es el hilo conductor de aquella historia, aunque no sea la única droga consumida y vendida en Las Barranquillas. La cocaína tiene hoy en día tanta importancia como el “caballo” en aquel mercado, pero su clientela siempre tiene o ha tenido una relación con la heroína, incluso si ya no la consume. En cambio, la cocaína se distribuye ampliamente en otros mercados ilícitos (bares, discotecas, fiestas y *after-hours*, camellos independientes), cuya clientela presenta unos perfiles distintos, y sin ningún contacto con la heroína.

A partir de la extensión o “masificación” del consumo de heroína a principios de los años ochenta, la historia del mercado ilícito de la heroína en Madrid se desarrolla en tres etapas principales. La primera, que cubre más o menos la década referida, se caracterizaba por el consumo y la venta de “barrio”. La procedencia de la heroína era principalmente el Oriente Próximo, y la distribución estaba en manos de traficantes turcos e iraníes, que delegaban la venta al por menor a “camellos” de los barrios. Muchos usuarios de heroína se dedicaron, en aquella fase, a vender droga en la calle para costear su consumo. La forma casi exclusiva de consumo era la inyección intravenosa, aunque aspirar la heroína se practicaba entre los consumidores con mayores recursos económicos. El caballo lo vendían camellos locales en todos los barrios, tanto céntricos como periféricos: el Barrio del Pilar y la Vaguada, Carabanchel, Vallecas, Dos de Mayo/Malasaña.

En la segunda fase que cubre más o menos los años noventa, la venta se concentró poco a poco en un cierto número de poblados de chabolas o de realojo de la periferia de Madrid: el comercio intermediario y al por menor pasaba cada vez más a manos de comerciantes gitanos que lo organizaban desde aquellos poblados marginales,²⁷ mientras la venta y el consumo local en los barrios se hacían menos visibles. La alarma social había subido a su punto álgido, lo que permitió la introducción de la Ley Corcuera y un consenso generalizado para reprimir duramente la venta de droga —represión que afectaba en realidad mucho más al consumidor que a los grandes traficantes— mediante varios mecanismos. En primer lugar, una lectura represiva de la ley penal permitía condenar a los consumidores por “tráfico”

²⁷ V. San Roman [1997] para un análisis de los factores socioeconómicos que, en el origen de la elección del comercio de droga, algunos gitanos utilizaron como medio de sustento.

(delito contra la salud pública sancionado con condenas importantes) en casos de venta a muy pequeña escala, o incluso de tenencia de pequeñas cantidades. Por otra parte, la Ley Corcuera abría la posibilidad de reprimir el consumo mediante multas importantes y la confiscación de la droga de los consumidores, lo que aumentaba considerablemente las dificultades que experimentaban para conseguir droga y evitar sufrir el síndrome de abstinencia. Finalmente, hasta bien entrados en la segunda mitad de los años noventa, la oferta de asistencia a los drogodependientes estaba dominada por las comunidades terapéuticas de organizaciones confesionales (evangelistas, Iglesia de Cientología, el Patriarca) y algunas “terapias” privadas para pacientes de alto nivel económico. La posibilidad de conseguir en forma legal un opiáceo de sustitución, como en los actuales programas de mantenimiento con metadona, era casi inexistente. Al mismo tiempo, los usuarios de heroína, arrojados muy jóvenes a una vida marginal llena de tensiones (debidas a las dificultades para conseguir la droga y consumirla) y de vulnerabilidad económica y social (producto de la represión), con escasos estudios y limitadas perspectivas laborales, si conseguían desintoxicarse, difícilmente podían dar el paso de empezar una nueva vida de plena inserción social. Las “recaídas” sólo podían ser frecuentes.

La represión había golpeado duramente el comercio callejero de caballo. Los pequeños camellos estaban en la cárcel, enfermos o muertos; algunos habían conseguido dejar la droga. Los traficantes que la importaban desde Oriente Próximo (Afganistán llegó a ser el primer productor de opio) encontraron entre la población gitana algunos candidatos —a quienes la crisis económica y la competición de los sectores payos precarizados y de los inmigrantes que empezaban a llegar dejaban sin alternativas— para tomar el relevo de este comercio. Tenían la ventaja de poder organizarlo en los poblados marginales donde estaba asentada la población gitana, lo que les proporcionaba mejores condiciones para limitar la represión policial con respecto a lo que ocurría en las calles de la ciudad, donde la policía trabajaba activamente para eliminar los principales focos de droga y mantener los barrios “limpios”. A principios de los años noventa, empezó a llegar heroína procedente de África subsahariana, también poco refinada, y se desarrolló un mercado callejero en el centro de la ciudad (Gran Vía, Plaza de España) a manos de camellos africanos. La represión fue dura y aquel comercio desapareció en poco tiempo; los camellos fueron detenidos y a muchos se les expulsó de España. A mediados de la misma década, era ya casi imposible comprar heroína en las calles de Madrid. El monopolio del comercio callejero estaba en manos de unos comerciantes de etnia gitana, asentados en distintos poblados de la periferia de Madrid. El sistema in-

formal de las cundas funcionaba desde todos los barrios residenciales y algunos puntos del centro de Madrid; los usuarios de heroína de la ciudad se abastecían exclusivamente en los poblados, con excepción de pequeños sistemas locales de redistribución, muy limitados. A lo largo de los años noventa, fueron más de 20 poblados distintos donde un comercio importante de droga se desarrollaba. Uno de los más grandes fue sin duda el de "Avenida de Guadalajara", en particular la parte del poblado designada como "Las Bañeras". Pero aquellos fueron también los años de las grandes operaciones de urbanización, y muchos de los poblados marginales acabaron desmantelados, en el marco de los proyectos de construcción de barrios residenciales nuevos, de vías de comunicación. Los últimos poblados con importante comercio de droga se ubicaban casi todos en el distrito de Vallecas: La Celsa, La Rosilla, Las Barranquillas, que empezó a conformarse como lugar de venta de droga en 1997. Otro poblado situado en el norte de Madrid, llamado Pitis, aún existe como actual punto de venta de heroína y cocaína, pero está siendo desmantelado y pronto desaparecerá.

Los gitanos que decidieron dedicarse al comercio de droga no tuvieron dificultades para constituir un monopolio de la pequeña distribución, eliminando de hecho toda posibilidad de competencia por parte de camellos "payos" también consumidores, como los que había en los años ochenta. En primer lugar, los territorios donde se desarrollaba el comercio, es decir, los poblados, eran, como lo subrayé para Las Barranquillas, mucho más fáciles de controlar para los fines del comercio. En los años noventa, los comerciantes empezaron a emplear "machacas" para la vigilancia y como mano de obra casi gratuita, aprovechando su dependencia a la droga y su extrema vulnerabilidad, producto de la política de represión y de la ausencia de una política paralela de asistencia a las personas dependientes de la heroína. Otra ventaja que tenían los gitanos era la posibilidad de utilizar la estructura familiar para organizar el comercio. En la mayoría de los casos, y sigue siendo así en Las Barranquillas, son las mujeres las que "despachan la droga" desde sus propias casas, lo que permite asegurar una disponibilidad casi permanente para el comercio, que se compagina con la vida familiar y hogareña, mientras los hombres se dedican a negociar y organizar el abastecimiento, la vigilancia, la seguridad. Las mujeres tienen la ventaja adicional de no tocar la droga: muy pocas consumen, y en su caso el hecho de vender no suele implicar el riesgo de acabar enganchándose, lo que limitaría los beneficios del comercio. La solidaridad familiar representó también una ventaja significativa, a la hora de proseguir con el comercio a pesar de las acciones policiales y sus consecuencias (incautaciones, detenciones y encarcelamientos).

La tercera etapa de la historia del mercado de heroína en Madrid empieza poco antes del año 2000, cuando Las Barranquillas se configura como centro importante de heroína, y empieza a desarrollarse allí el fenómeno masivo de consumo *in situ*, al mismo tiempo que se crea una población creciente de yonquis marginados que viven en el poblado. Si bien el fenómeno de la presencia de algunos “yonquis tirados” residiendo en los poblados en unas condiciones límites de supervivencia ya había empezado en La Celsa y La Rosilla (también en menor medida en Pitis), con el cierre de aquellos poblados y la consiguiente concentración del mercado en Las Barranquillas, tomó allí proporciones mayores y más drásticas. Ello se debe a varios factores. En primer lugar, la concentración del mercado y el casi monopolio que se tradujo en un número elevado de puestos de venta y de comerciantes, creó una demanda mucho más importante de machacas y de yonquis para trabajos ocasionales (de construcción y reforma de casas o chabolas, de mantenimiento, limpieza). Al mismo tiempo, el número elevado de clientes²⁸ que acuden a diario para surtirse en Las Barranquillas creaba una demanda mayor de material y servicios relacionados con el consumo, abriendo más oportunidades para “buscarse la vida” alrededor del comercio y sus actividades conexas. El espacio del poblado, rodeado de descampados, dejaba muchas posibilidades de extensión, además de un sinfín de rincones, muros y casas derrumbados para los yonquis sin techo y sin recursos donde cobijarse y esconderse, pero que al mismo tiempo permanecían cerca de la fuente de droga. Por otra parte, el factor tiempo actuaba, sin duda, aumentando las dificultades de reinserción para los yonquis con largas trayectorias de drogodependencia, de vida en la marginalidad, de actividades ilícitas, de repetidos intentos de “salida de la droga” seguidos por recaídas. Para ellos, la desafiliación²⁹ se hacía más irreversible, año tras año, y no debe sorprender que un número creciente acabara en el poblado como machaca, chutero o botero.

Otro factor importante, que también constituye un rasgo distintivo de Las Barranquillas y de la tercera etapa del comercio ilícito de heroína en Madrid, es el desarrollo del consumo en el propio poblado, fenómeno que apareció en 1997-1998. De nuevo, es el espacio y su relación con el resto del ámbito urbano lo que permitió ese desarrollo: las actividades que no eran

²⁸ Cuatro mil “adictos” acuden a diario a Las Barranquillas, y son 13 mil los que se abastecen en ese mercado, según un informe policial de 2001. Es difícil hacerse una idea de la fiabilidad de tales evaluaciones, al desconocer los métodos empleados.

²⁹ El concepto de desafiliación fue acuñado por Robert Castel [1991], para designar la marginalidad profunda, caracterizada por una doble ruptura: ausencia de trabajo y de medios de vida, y aislamiento relacional.

de comercio de droga habían casi desaparecido del poblado, y no existían riesgos de quejas por parte de vecinos o transeúntes. En la etapa anterior, el consumo *in situ* no era posible:

Antes de Las Barranquillas, se iba a distintos poblados de alrededor de Madrid. Pero el ir a pillar era difícil; había muchos riesgos. Cuando llegabas al poblado, no sabías si te iban a dejar entrar o no, si estaba la policía, si te iba a parar, a quitarte la droga. Era entrar, pillar y pirarse. Nada de quedarse en el poblado para ponerse. Eso de fumar en los coches es un fenómeno reciente [testimonio de un usuario habitual de Las Barranquillas, con más de 20 años de consumo de caballo].

¿A qué se debió ese cambio? El factor principal ha sido claramente la represión selectiva practicada por la policía, animando a los consumidores a permanecer en el poblado para consumir, con el objetivo de eliminar la droga y su consumo del resto del espacio urbano, mientras se concentra en Las Barranquillas donde permanece invisible y no molesta al resto de los ciudadanos. Muchos usuarios cuentan cómo la policía les quitaba la droga si los pillaba consumiendo en otros lugares, pero dejó de hacerlo en Las Barranquillas:

Porque ahora con Las Barranquillas se tolera. La policía no molesta a la gente por venir a pillar y consumir droga. Lo único que hace es controlar la documentación y ocuparse de otros temas: la búsqueda de delincuentes que están en busca y captura, las redadas de traficantes. Pero el consumo y la gente que se pone son tolerados.

Esa estrategia de reagrupamiento de todo lo “intolerable” en ese mismo espacio apartado y fuera de la vista podía incluso ser formulada claramente por los agentes. Varios consumidores de heroína me han contado que cuando los pillaba consumiendo en un coche en la ciudad o en otro poblado, Pitis, por ejemplo, la policía les animaba abiertamente a irse a Las Barranquillas. Los usuarios encuentran por supuesto un beneficio importante en esa situación, lo que puede llevarles a adherirse a esa política de segregación: “Evita que los yonquis estén en las calles, en los barrios, dejando chutas, y es mejor debido a la intolerancia de la gente de los barrios. Aquí no molesta”, afirma una usuaria regular del poblado. Muchos usuarios, incluso entre los socialmente integrados, adoptaron la costumbre de permanecer en el poblado para consumir, a pesar de lo “espantoso” que les resultaba, en un principio, aquel contexto, y de sus inconvenientes (acoso, estallidos regulares de peleas e intercambios violentos, robos frecuentes, suciedad, carencia de sombra, de baños públicos). Que Las Barranquillas se presente como un remanso de paz y tranquilidad para los drogadictos da la medida de la represión de que han

sido víctimas. Y la historia que esboqué permite entender que lo que se ve en Las Barranquillas no se debe a la supuesta degradación moral y a la pérdida de valores y de dignidad de los drogadictos, sino a las estrategias policiales, a la lógica comercial del mercado ilícito, a las respuestas asistenciales (más bien, al retraso en la puesta en marcha de respuestas), a la estructura social más amplia (situación de los gitanos), a la política urbanística.

El aspecto quizá más “intolerable” del poblado se puede resumir en la visión de unos yonquis escuálidos, muy sucios, pinchándose a la intemperie a la vista de todos, aparentemente sin pudor ni vergüenza. Al llegar al poblado, se les puede ver sentados o de cuclillas en la “pequeña montaña”, el talud de tierra que bordea el muro de un desguace de coches, o en grupos cerca de los muros y entre las casas derrumbadas. La suciedad y la falta de higiene son abrumadoras. Pero en este caso también se trata de “entender” y no solamente ver. La suciedad, la delgadez extrema, se deben a la indigencia y a la vida en la marginalidad, agravada por las condiciones propias del poblado. A pesar de la presencia de recursos como el Albergue, con duchas y ropero, es imposible vivir en el poblado sin estar constantemente sucio. El agotamiento y la debilidad física —consecuencias del mono, de diversas enfermedades e infecciones, y sobre todo de la subalimentación crónica— conducen a cuidarse cada vez menos. El uso de los recursos del Albergue se encuentra muy limitado por la lógica de la vida cotidiana, donde “buscarse la vida” es la prioridad. Por ello, los chutereros prefieren estar deambulando en el poblado para reunir unas pocas monedas durante las horas de mayor actividad, en lugar de respetar el horario de la cena. Si no lo hacen, ¿quién les ayudará a quitarse el mono a la mañana siguiente? El hecho de ver a la gente pincharse abiertamente es, por otra parte, la consecuencia de las normas de consumo y de ocupación del espacio que comenté anteriormente, y no se debe a un gusto especial por lo escabroso ni a una indiferencia o falta de pudor. La presencia de la Narcosala permitió reducir el fenómeno, dejando a las personas que se inyectan hacerlo en condiciones mucho mejores de higiene y salud, preservando de cierta forma su intimidad. Pero además de varias limitaciones ya señaladas, paradójicamente, algunos no quieren acudir a la Narcosala por la vergüenza que les produce ser observados por el personal médico. La falta de confianza que caracteriza las relaciones entre los recursos y sus destinatarios —y que a veces estalla en conflictos abiertos, resueltos mediante medidas represivas, como la expulsión— constituye un obstáculo más. En cuanto a la suciedad, está claro que se debe más a la carencia de servicios públicos que a la degradación moral de los residentes: basta con imaginar en qué estado se encontrarían las calles de nuestros barrios “bien” tras una semana sin recogida de basura ni limpieza pública. El contraste entre la suciedad del espacio

público y la pulcritud del interior de las casas de los comerciantes muestra claramente que esas condiciones no son buscadas ni deseadas.

Como ya señalé, el hecho de que el comercio ilícito de heroína y cocaína hubiera acabado en manos de comerciantes gitanos puede entenderse teniendo en cuenta la situación socioeconómica muy desfavorable del colectivo gitano dentro de la sociedad española. La venta de drogas ilícitas es, además, una actividad que “cautiva”: es difícil dejarla porque, si bien representa aparentemente unos ingresos mucho más importantes que otras actividades laborales ordinarias (que para el colectivo gitano serán siempre de bajo nivel), también conlleva costes importantes, tanto materiales como sociales. La presión económica hace necesario seguir con el comercio para poder compensar aquellos costes, sabiendo, además, que a menudo no se trata de sostener a un individuo, sino a una familia. Para ilustrar el tipo de relación entre el comercio de la droga y la situación de los gitanos en la sociedad, el ejemplo de Benito,³⁰ un hombre gitano que conocí en Las Barranquillas, muestra la fuerza de los factores socioeconómicos que actúan dificultando el abandono de aquella actividad delictiva. Benito buscaba una solución para salir del poblado y dejar de vender droga. Ya había dado un paso: el año anterior, encontró un empleo como vigilante en una empresa y, con su esposa Juanita, se fue del poblado para “vivir una vida normal de trabajador”, como él me explicó. Pero había vuelto al poblado y reanudado la venta de droga. No le habían renovado su contrato en la empresa, a pesar de estar satisfechos con su trabajo. En efecto, era necesario para tal renovación presentar el graduado escolar, que Benito no tenía y no podía sacar a corto plazo. No quería vivir en el poblado ni volver a “esa vida de vender droga”, que él y su esposa no consideraban “digna”. Benito era analfabeto, pero, como me lo confirmaron varios testigos, no carecía de voluntad. Previamente a su salida de Las Barranquillas un año antes, había empezado a aprender a leer y escribir, solo. No vacilaba en parar a los usuarios que conocía para que le indicaran cómo se leía o escribía tal palabra, sentado en el patio, con sus libros y cuadernos. La trabajadora social del programa IRIS conocía bien su situación, y tampoco, según me dijo, podía aportar ninguna ayuda concreta a Benito. Benito sigue vendiendo droga en el poblado.

III. DEPENDENCIA FARMACOLÓGICA, DEPENDENCIA ECONÓMICA

Los precios de la heroína y la cocaína en Las Barranquillas se han estabilizado en los últimos años en alrededor de cinco euros la micra —la micra es la décima parte de un gramo, y constituye la unidad básica de distribución

³⁰ Los nombres mencionados en el presente artículo son ficticios.

en el poblado—. El nivel de consumo de los usuarios puede ser sumamente variable (de un usuario a otro, y para una misma persona según distintas épocas), pero, en general, el consumo diario de una persona enganchada se sitúa entre unas micras y un gramo de heroína, con una cantidad variable de cocaína. Ello representa un importe diario de 20 o 30 euros hasta 60, 80 o más, teniendo en cuenta los costes anexos: precio de la cunda o de la gasolina para acudir al poblado, material de consumo y otros servicios. El consumo de cocaína suele ser más irregular que el de la heroína y, en un número no desdeñable de casos, la cocaína representa el gasto principal, en particular entre los pacientes de programas de metadona que siguen acudiendo al poblado. Es, además, un consumo menos controlable que el de la heroína: “Con la cocaína no hay techo”, dicen a menudo los que la consumen.

“Cuando estás enganchado a la heroína —me explicó un usuario—, tomas heroína para sentirte normal. El estado no normal es cuando no has tomado, y sientes que lo necesitas. Luego cuando te pones, te sientes normal”. Muchos usuarios confirman esa descripción que trastorna la visión que tiene la gente “normal” sobre la droga como productora de una alteración que impide funcionar: una vez enganchado, es imprescindible consumir para poder funcionar correctamente y cumplir las exigencias mínimas de la vida cotidiana. Es el hecho de no poder consumir el que acarrea problemas. El mono de heroína es un estado globalmente molesto, que dificulta las actividades cotidianas, produce sufrimiento físico, independientemente del hecho de que se exagere a menudo como estrategia para pedir dinero o droga, y resulta visible: dolores musculares y de riñones, fiebre y signos similares a los de un catarro o gripe, lagrimeo, debilidad física. De acuerdo con las representaciones sumamente negativas de la heroína, y el estigma que sufren sus consumidores, el problema principal de los usuarios, una vez que se saben enganchados, es ocultar su condición, lo que implica evitar pasar mono a toda costa —en primer lugar para poder seguir cumpliendo con las actividades normales, y en segundo lugar para no atraer la atención y que su consumo acabe descubierto—. Ello muestra que consumir heroína no es necesariamente entregarse a un hedonismo o querer escapar de la realidad. Por supuesto, la solución aparentemente evidente, antes de encontrarse en una escalada de consecuencias negativas producidas por el consumo, sería desengancharse. Pero ello presenta varias dificultades, y los programas destinados a ayudar a los drogodependientes no siempre permiten superarlas.³¹ El hecho de seguir consumiendo droga en lugar

³¹ No dispongo del espacio suficiente en el presente artículo para desarrollar este punto. Basta con mencionar que los recursos tienden a mantener a los pacientes en circuitos sepa-

de intentar desengancharse no debe interpretarse necesariamente como signo de cobardía, hedonismo, u otro tipo de debilidad moral. De hecho, muchos yonquis no carecen de valor y se han desenganchado en más de una ocasión, solos y “a pelo”, es decir, sin ayuda de ninguna medicación. Unos se han mantenido alejados de la droga, y quizá nunca hayan aparecido en ninguna estadística. Por otra parte, debe subrayarse la dimensión cognitiva de la dependencia, tanto a la heroína como a otras sustancias: la persona *sabe* que los signos que siente se acabarán enseguida tomando la sustancia —por ello pasar mono recuerda de cierto modo la tortura mental: “me tiré días dándome cabezazos contra la pared”, es como otro usuario resume uno de sus monos superados “a pelo”—. Recordar la dimensión cognitiva de la drogodependencia permite quitarle parte de su misterio y carácter incomprensible, acercándola a las dependencias mucho más familiares de la gente “normal” (al café, al tabaco, al alcohol).

Sin embargo, el usuario de heroína y de cocaína, una vez enganchado, se enfrenta con una situación muy diferente a la de los consumidores de café, tabaco, alcohol y otras sustancias disponibles. Tiene que abastecerse y costear su consumo, y ambas cosas le arrojan casi automáticamente a unas actividades cotidianas particulares, que forman un ciclo repetido a diario: buscarse la vida, ir a pillar, ponerse. El precio de la droga obliga rápidamente a los usuarios a buscar fuentes de dinero inmediato, en general delictivas, pues los importes que indiqué pueden difícilmente sacarse del presupuesto normal de una familia o de un trabajador, salvo entre miembros de clase alta con ingresos importantes, o para las personas que no están realmente enganchadas y consiguen mantener un consumo esporádico o muy bajo. Los contactos con otros usuarios de droga en escenarios como Las Barranquillas permiten informarse e iniciarse en actividades ilícitas para costear el consumo. Sin embargo, dedicarse a las formas ilícitas de obtener dinero inmediato, como el hurto, el robo, la mendicidad, la prostitución, implica tensiones, riesgos, dificultades, además de presentar siempre un aspecto aleatorio: no está garantizado el dinero necesario para “resolver el problema del día”, como lo expresa un usuario que mantiene, desde hace 15 años cuando se enganchó, un empleo fijo; ha conseguido preservar el secreto de su consumo, y se busca la vida fuera del trabajo, para sacar los 60 euros

rados con respecto a la sociedad normal, en lugar de favorecer su inserción social mediante el empleo, la independencia económica, la integración en redes sociales normalizadas, etc. Paradójicamente, para aquellos que no viven en la marginalidad, acudir a los recursos puede representar en sí mismo un factor de marginación (salir de una condición oculta y verse atribuida la etiqueta estigmatizadora de yonqui), lo que explica que no estén siempre dispuestos a utilizarlos.

diarios que le supone su enganche. Describe la tensión que le produce este modo de vida: “Está muy calculado, todo muy tenso, muy tenso. Tengo que hacerlo todo con hora, corriendo. Y si veo que no tengo el problema resuelto, me entra una angustia... no te puedes imaginar la angustia que paso a veces”. Explica que el primer chino del día le es imprescindible para poder “estar bien, normal, e ir al trabajo”. “Yo, o fumo cuando me levanto, o no puedo hacer nada, no soy nadie”. Ello permite entender mejor algo paradójico: el hecho de abandonar los esfuerzos por mantener una vida normalizada e integrada y empezar a vivir en la marginalidad puede presentarse como una solución deseable, un alivio: ya no es necesario organizar una “doble vida”, mentir, ocultar e inventar excusas, buscarse la vida con las tensiones y dificultades que conlleva, y al mismo tiempo seguir asumiendo las responsabilidades ordinarias.

Todo ese dinero obtenido pasando miedo, tensiones, con extrema concentración y sangre fría para evitar los riesgos de ser pillado, desaparece en manos de los comerciantes. La dependencia de los yonquis a su droga se traduce en una dependencia económica hacia los únicos proveedores de la droga, y bajo las condiciones que ellos imponen. Los comerciantes se hacen ricos a costa de los yonquis, repiten estos últimos con bastante frecuencia, a veces con cierto racismo alimentado por el hecho de que la dualidad yonqui/traficante es al mismo tiempo una dualidad gitano/payo, con una inversión respecto a las relaciones sociales habituales entre los dos colectivos: aquí los dueños, que mandan y gritan órdenes, que imponen las reglas del juego, que expresan desprecio, son los gitanos. Los que mejoran sus condiciones de vida son los comerciantes gitanos, mientras que los que se encuentran cada vez más pobres son los yonquis payos. “La heroína te arruina” dice un refrán de yonqui. A pesar de las exageraciones sobre las supuestas fortunas de los comerciantes que muchos yonquis añaden en sus discursos para legitimar su odio y racismo, la dependencia económica es bien real. Los yonquis que roban objetos con la idea de venderlos a los gitanos a cambio de droga descubren que en ese mercado el sistema de cálculo del valor es particular: “Cual sea la cosa que traigas, te dan una micra. Sea una consola de juegos vídeo, o un paquete de pañales, te dan una micra, y encima no siempre aceptan”.

La marginalidad a la que muchos yonquis acaban arrojados por su dependencia económica crea un conjunto de condiciones que dificultan la medida o el control del consumo de droga, fomentando formas que podemos llamar “compulsivas”. Las tensiones y angustias, los monos sufridos, la desesperación, la vergüenza, la frustración y otros sentimientos negativos conducen a un consumo mayor y a la introducción de otras sustancias en

la dieta psicoactiva cotidiana (las benzodiazepinas, la cocaína en mayores dosis, el alcohol). Alimentan un deseo de estar “pedo” para poder “aguantar”. El agotamiento físico es también otro factor que conduce a consumir más droga, cocaína en particular. Ese agotamiento es una consecuencia del ritmo de vida, de la falta de sueño y de descanso, de la subalimentación, de la tensión nerviosa. La vida en la calle o en el poblado, sin techo ni lugar seguro para conservar sus posesiones, la inseguridad del entorno que imposibilita ahorrar, acumular, conservar —la probabilidad de ser robado en el medio marginal del poblado es bastante alta—, obliga a organizar un ciclo cada vez más corto de buscarse la vida, pillar, ponerse, volver a buscarse la vida.

La vida de los cunderos constituye un buen caso para ilustrar los fenómenos de dependencia económica y de escalada. Hacer cundas se presenta como una forma atractiva de buscarse la vida cuando uno está enganchado y dispone de un coche. En efecto, no exige aprender ninguna técnica especial ni tener contactos en los medios delictivos (peristas a quien vender mercancía robada, por ejemplo). La demanda es permanente, y proponer este servicio constituye una forma segura de conseguir dinero y droga: las ganancias son inmediatas y se acumula la actividad que produce el ingreso con el desplazamiento hacia el poblado para pillar. Sin embargo, como otros “nichos profesionales” creados alrededor del mercado de la droga, este tipo de actividad, al desarrollarse totalmente en relación con el submundo del poblado, obliga a estar constantemente expuesto a la droga y en presencia de otros consumidores, y acaba favoreciendo que la mayor parte de los recursos se gasten en droga. Se incurre, además, en riesgos importantes. Hacer cundas cae bajo dos prohibiciones adicionales, además de las relativas a la tenencia de droga: la de taxi ilícito, que se sanciona con penas de prisión, y la de incitación al consumo, considerada delito contra la salud pública como el tráfico. Muchos cunderos han acabado en la cárcel con penas de varios años. Los coches de los cunderos suelen estar sucios y en muy mal estado debido a los viajes frecuentes al poblado, a la sobrecarga del coche —cuantos más clientes se cogen por viaje, más dinero se gana, y los clientes ejercen presión para que se les lleve, incluso si tienen que apretarse—, a la costumbre de conducir rápido en los baches del poblado y a la falta de recursos dedicados al mantenimiento. Son entonces bastante reconocibles, y la policía los para con frecuencia. Si, por falta de pruebas, la policía no puede inculpar al cundero por taxi ilícito o incitación al consumo, intenta confiscar el vehículo alegando la falta de algún documento. He visto en más de una ocasión a cunderos acabar “tirados” en el poblado tras la pérdida de su coche. El cundero, por la lógica de su vida diaria, difícilmente ahorrará dinero para pagar los gastos de mantenimiento, y

dejar su coche en un taller supone quedarse sin medio para subsistir. La vida del cundero conlleva asimismo varias fuentes de tensión: la amenaza de la represión policial, como he indicado, los riesgos de ser atracado y desposeído del coche, las estrategias necesarias para conseguir que los clientes paguen (muchos, también sometidos a fuertes presiones económicas, intentan no hacerlo), los problemas con los comerciantes que se disputan los clientes traídos por los cunderos. Muchos cunderos explican que el hacer cundas les incita a consumir más. “Antes estaba enganchado, pero desde que hago cundas, estoy enganchadísimo”, cuentan. Con cada cunda, el cundero consume con los clientes: tiene droga (la comisión de los comerciantes), dinero (el precio de la cunda pagado por los clientes), y resulta imposible no consumir cuando todos los ocupantes del coche están poniéndose. Su vida está centrada en el poblado y, finalmente, acabará gastando allí todo el dinero que gana. Un cundero explica la escalada y el agotamiento que produce esa actividad.

Al principio hacía cundas durante el día. Luego empecé poco a poco a tener problemas. A veces problemas con el coche, o simplemente había gastado demasiado dinero y no tenía nada para llevar a casa. Es que las cundas te incitan a consumir más, te quedas en el coche fumando, y al final tienes que hacer más cundas. Por eso empecé a hacer cundas de noche. Volvía a casa, cenaba con la familia, y a las dos o tres de la madrugada salía otra vez a hacer cundas. Me tiraba dos o tres noches sin dormir, tampoco recuperaba durante el día, y me sentía cada vez más cansado, un cansancio que se iba acumulando. Cuando dejaba de hacer cundas, me quedaba tirado en la cama casi 24 horas; decía que estaba enfermo. Y cuando me levantaba, estaba agotado y malo, de mono. Tenía que volver, no tenía más remedio. Y otra vez a hacer cundas. Y así fue como me quedé dormido, un día, en el poblado. No podía arrancar el coche en el momento de salir, los clientes se fueron, me quedé allí en el coche. Me dormí y me robaron las llaves del coche y mis papeles. Te digo, estaba agotado, no podía más, ni con mi alma. Luego no podía salir del poblado y dejar mi coche, me hubieran quitado todo, las cubiertas, piezas del motor, yo qué sé. Así que me quedé, dando el agua de noche para una gitana que vendía al lado. Me daba la dosis de mezcla cada cuatro horas, pero durante el día nada. Me quedaba en el coche, medio muerto. Al cabo de cuatro días, terminé totalmente chupado y agotado. No comía, no podía moverme. Menos mal, al cuarto día vino un amigo, que me debía dinero, me ayudó a sacar el coche. Lo dejamos al lado, en el CTM, pero ya no podía hacer cundas. No tenía dinero para llevar el coche al taller. Así fue como perdí el coche.

Se produce un círculo vicioso en el que fumar más cocaína permite aguantar el ritmo, pero crea más necesidad de dinero y obliga a hacer más cundas. El agotamiento y el consumo excesivo favorecen los accidentes, frecuentes entre los cunderos, que provocan la pérdida de su único bien y

medio de sustento, o incluso la muerte. Las condiciones diarias favorecen que el aspecto del cundero sea cada vez más degradado, más sucio. No es raro que un cundero acabe evitando su casa para huir de la mirada asustada de la familia, de las preguntas, y termine viviendo en su vehículo.

Que la adicción a una sustancia engendre una dependencia económica constituye un fenómeno tan antiguo como la modernidad, que va pareja con el fantástico desarrollo de la producción y comercio globales de sustancias psicoactivas a partir del siglo xvii (en primer lugar, las actualmente legales: tabaco, alcohol, café y té). Como lo subraya Courtwright [2001b:91], “hace tiempo que los mercaderes, capitalistas y elites políticas que las fiscalizan aprecian que las drogas son productos atractivos y fuentes muy lucrativas de ingresos”.³² Escenas típicas como

fumadores buscando de madrugada un estanco abierto; alcohólicos temblando de frío, esperando la apertura del bar; obreros medio dormidos buscando las monedas para comprar el indispensable café de la mañana, se volvieron tópicos de la vida urbana industrial.

Las sustancias psicoactivas productoras de tolerancia y dependencia son candidatas ideales para transformarse en mercancías globales: al opuesto de los bienes durables, son consumidas muy rápidamente y su consumo debe ser repetido por los que dependen de ellas, sabiendo, incluso, que ese consumo tiende a aumentar debido al fenómeno de la tolerancia, es decir la necesidad que surge, cuando el consumo regular se ha prolongado durante cierto tiempo, de cantidades mayores para conseguir un efecto equivalente. La dependencia económica de los trabajadores chinos en Estados Unidos en la segunda parte del siglo xix con respecto a los mercaderes-prestamistas con los que se habían endeudado para pagar su pasaje en barco se encontraba reforzada por la costumbre de fumar opio, de la que se aprovechaban ampliamente los mismos prestamistas que eran al mismo tiempo los dueños de los fumaderos (*opium dens*). El dinero duramente ganado en un sistema opresivo de empleo se gastaba en los fumaderos donde los trabajadores (hombres solteros) intentaban escapar de la miseria y las tensiones psicológicas de los *workcamps*; ello alimentaba la deuda y volvía cada vez más lejana la perspectiva de retorno al país de origen; a su vez provocaba más tensión y frustración, y un mayor deseo de compensar la ansiedad gracias a las virtudes apaciguadoras del opio, volviendo imposible el salir de la relación de dependencia económica. Que el trabajador chino emigrado tuviera a menudo la costumbre de fumar opio no se debe a ninguna

³² Traducción mía.

configuración especial de su personalidad, moralidad o cultura, sino a la masiva introducción del opio producido en sus colonias por parte de los ingleses, impuesta ilegalmente y por la fuerza,³³ que transformó China en el país con la mayor tasa de adicción a opiáceos durante el siglo XIX. Dependencia económica y dependencia farmacológica son las dos facetas de un fenómeno común al conjunto de sustancias creadoras de hábito (la mayoría de las sustancias psicoactivas) bajo el capitalismo global, sean legales o no; la dependencia económica adopta, además, un cariz dramático cuando se trata de una sustancia prohibida, cara, adulterada e imposible de obtener salvo a través del contacto con un submundo marginal y delictivo.

IV. ADICCIÓN Y EXPLOTACIÓN

La manera usual de definir el papel del yonqui en la sociedad y la economía puede resumirse con la imagen del parásito. No produce, no aporta, no contribuye, y además vive a costa de la sociedad. Efectúa una función de recursos desviando parte de la riqueza de la sociedad para alimentar un sector ilegal de la economía, y produciendo elevados ingresos cobrados por criminales y delincuentes. Aquella representación, que tiene evidentemente una función ideológica útil, legitimando la represión y la exclusión, es correcta solamente en apariencia. La realidad que oculta el aparente parasitismo de los yonquis es que se trata de un colectivo explotado en diversos grados y de diversas maneras, algunas directas, otras indirectas; de esas formas de explotación no se benefician solamente los agentes del mercado ilegal, sino también otros sectores sociales, no necesariamente marginales.

La forma más directa que adopta la explotación es la del trabajo en condiciones de casi esclavitud para los comerciantes del poblado, en la posición de “machaca”. Una vez que haya dejado todos sus recursos en el mercado de la droga y, probablemente, contraído deudas, y que la reacción social le haya avocado a vivir en la marginalidad, no resulta extraño que un yonqui acepte un empleo en semejantes condiciones de explotación. En efecto, el acuerdo con el comerciante que lo emplea para la vigilancia, la captación de clientes, la regulación de los accesos y de la circulación de clientes y coches, consiste en recibir una dosis de droga cada tres o cuatro horas. Con ello, y por muy bajo que sea considerado el rol de machaca —“es lo último que hay”, se repite a menudo—, tiene resuelto su problema más apremiante: conseguir droga

³³ Los ingleses salieron victoriosos de las dos “guerras del opio” de 1839-1842 y 1856-1858, y pudieron legalizar completamente la exportación de su opio indio a China [Escotado, 1998]. James Matheson, un mercader privado, llegó a ser, gracias al comercio del opio con China, el segundo propietario más rico de Gran Bretaña [Courtwright, 2001b].

para quitarse el mono. “Yo sabía que me hacía falta conseguir mi dosis, y en aquel momento eran dos cosas: o la conseguía allí en el poblado de machaca, o salía a robar, y como no me ha gustado nunca robar, pues decidí de machaca”. Los comerciantes no remuneran nunca a los machacas en dinero, lo que los mantiene en la más absoluta dependencia; asimismo, los yonquis del poblado que realizan trabajos puntuales y ocasionales para los comerciantes (limpiar escombros, lavar un coche, hacer una pequeña obra de albañilería, buscar y cortar leña) se pagan con una dosis. “No salía del poblado. Y además no sabía si estaba la peseta o el escudo, o... No tenía ni un duro nunca, no podía salir a una cabina a llamar. Además que tampoco me dejaban. No tenía dinero, nada”, cuenta un machaca.

El machaca empleado de manera estable por una casa recibe usualmente un poco de alimento: sobras de la comida familiar de la casa que lo emplea, o quizá media barra de pan y algo para hacer un bocadillo. Debe obedecer al comerciante y ejecutar también tareas domésticas (limpiar el patio, cortar leña) a petición de su jefe. Cortarle la fuente de droga y usar la fuerza física son los recursos principales utilizados para obtener la docilidad de los machacas. “Te pisan el orgullo, y no te quedan cojones para nada, porque allí los cojones te los cortan pronto, y tienes que obedecer al gitano en todo lo que te diga, si no pues...”. La inferioridad del machaca es patente, pues el comerciante encontrará fácilmente a otro para reemplazar al que no se somete; hay una rotación importante y un permanente ejército de mano de obra barata, dispuesta, debido a su vulnerabilidad y necesidad, a sufrir la misma explotación. El machaca no puede reclamar tiempo para descansar ni para lavarse o cuidarse:

Si, por ejemplo, le pides permiso para ir a ducharte o... a cambiarte de ropa, ellos te dicen que no, que no te puedes quitar de allí... (de la puerta, para vigilar). Y ves a los machacas y mucha gente del poblado que van llenos de mierda, pero no es que no quieran lavarse, sino porque los gitanos te lo impiden.

Las casas que suspenden la venta de droga durante la noche suelen exigir de los machacas que duerman en el espacio reservado a la venta, o en un rincón del patio, para vigilar la casa durante la noche —la presencia de droga, dinero y armas atrae, y es necesario protegerse contra las eventuales tentativas de robo—. En este caso, el machaca duerme en el suelo, sobre unos cartones, y nunca en el espacio donde vive el comerciante y su familia. Las normas de separación espacial que imponen los comerciantes son muy estrictas.

Como señalé en la primera parte, los machacas son partícipes en el comercio ilegal y pueden sufrir la represión policial como los comerciantes.

Paloma recuerda con dolor un mono de 48 horas que pasó en el calabozo de la comisaría con la mujer comerciante para la que trabajaba, después de que la policía hubiera hecho una redada y detenido a las dos. Las soltaron gracias a una fianza pagada por la familia de la comerciante, y por suerte no las condenaron. Cuando la policía parece estar a punto de entrar en una casa, el comerciante pide a menudo al machaca que desaparezca con el paquete de droga y se esconda hasta que haya pasado la alarma. También se pide a los machacas de mayor confianza hacer “portes”, es decir, transportar cantidades importantes de droga o de dinero entre casas de Las Barranquillas (el comercio al por mayor se hace también en el poblado).

Con esa rápida descripción de los aspectos más duros de las relaciones de los comerciantes con sus machacas, queda claro que la expresión “casi esclavitud” no representa ninguna exageración. Como intenté mostrar, que pueda existir y perdurar tal sistema de explotación que consume a las personas es el resultado bastante lógico de la doble historia de la forma en que se ha tratado el problema de la droga y de cómo se han desarrollado las relaciones entre gitanos y payos en la sociedad española. Los yonquis, perseguidos, abandonados a su suerte sin recursos asistenciales, desprovistos de posibilidades de acceder legalmente a una fuente de droga, excluidos de la sociedad y apartados espacialmente, acabaron sometidos a una relación dura con los comerciantes de la droga de la que dependen. Los comerciantes, miembros de un colectivo al que se han negado posibilidades reales de existencia social y económica a lo largo de la historia, son también víctimas de la exclusión y la persecución, y han perfeccionado su sistema de subsistencia aprovechando las posibilidades inmediatas que se presentaban. El sistema que consiguen organizar y controlar,³⁴ aunque pagando costes importantes, es un sistema regido por la regla pura del beneficio económico; es el mismo sistema que rige el conjunto de la sociedad, pero que en la sociedad “normal” se halla matizado, contenido, disfrazado, limitado, por derechos, leyes, instituciones, sistemas de solidaridad y protección, —aunque cada vez menos, con la hegemonía creciente del neoliberalismo —, mientras que en el poblado la ley que rige es “la ley del más fuerte”. El mercado de la droga es “mercado puro”: un sistema donde aparece en su pura esencia la naturaleza del mercado capitalista. Bajo la apariencia de responder a las supuestas necesidades de los individuos, canaliza toda su riqueza, les produce daños físicos y psíquicos y los reduce a la máxima explotabilidad. Que los comerciantes, bajo la presión

³⁴ Hasta que las máquinas terminen de derrumbar el poblado de Las Barranquillas, proceso que está ya en curso.

de las dificultades socioeconómicas que sufren por haber nacido en un colectivo desfavorecido, se aprovechen de aquella explotabilidad, no debe sorprender tanto. El lector podrá preguntarse, en efecto, qué es lo que la sociedad ha invertido para que la vida en el poblado de Las Barranquillas no constituya, para nadie, una opción atractiva.

Una de las actividades a las que recurren frecuentemente los yonquis para costear su consumo de droga es la “mecha”, es decir, el robo ante el descuido en las tiendas y supermercados. Pero para que la mecha sea una actividad viable a la que los yonquis puedan recurrir, es necesario que haya una salida comercial y que puedan transformar los productos robados en metálico para pagar la droga. Vender los productos directamente a los comerciantes, como indiqué, es una solución a utilizar solamente como último recurso, pues el intercambio resulta desfavorable. Y existen salidas mejores. Durante mi trabajo de campo, iba de sorpresa en sorpresa cuando empecé a descubrir los sistemas comerciales ilícitos que existen y que se benefician de la extrema necesidad de los yonquis. Aparte de los peristas que viven de la compraventa de los objetos que roban, muchos bares, cafeterías y tiendas les compran botellas de alcohol, tabaco, y otros productos alimenticios caros a mitad del precio comercial normal. Que resulte provechoso queda ejemplificado por el relato de un ex drogadicto, que ya en los años 80 practicaba la mecha, especializándose en las botellas de alcohol, que vendía en bares y *pubs*. Confirma que los compradores conocían perfectamente el origen de los productos:

Claro, no daba factura ni nada, y la gente no es tonta, ni mucho menos. Pero todo el mundo te lo quitaba de las manos. Y era muy gracioso, porque había gente que me decía: “Tráeme tres cajas de JB, dos de Beefeater”³⁵ o lo que sea; me pedían cajas como si fuera distribuidor. Y claro, no iba en cajas, iba todo suelto. Pero a lo mejor, una botella que valía 1700 o 1800 pesetas, la vendía por mil.

Los yonquis son también conscientes de que toda una “industria” se ha montado alrededor del problema de la droga y que un sector entero de la sociedad está viviendo de su existencia: desde las instancias de represión, de gobierno y de gestión pública, hasta los centros y programas de ayuda a los drogodependientes, pasando por los estudios, encuestas, estadísticas, publicaciones. Un yonqui tirado de Las Barranquillas me cuenta lo siguiente acerca del Albergue de ese poblado:

Nos sirven bocadillos, y cuando hay un plato, no puedes repetir. No preparan comida suficiente, y cuando nos quejamos, nos dicen: “No os quejéis, si no,

³⁵ Marcas de alcohol.

cerramos el Albergue”. Pero no pueden cerrar, todo el personal se quedaría sin trabajo. Y son por lo menos 30 trabajando allí, se ganan la vida gracias a nosotros.

Al invertir de forma aparentemente ilógica —y poco agradecida— la relación de dependencia entre los yonquis tirados y los recursos que les ayudan a sobrevivir, este discurso contiene sin embargo un punto justo: son miles de puestos de trabajo y de salidas profesionales que existen gracias a la miseria de los yonquis. En el caso del sector privado, podemos hablar de un amplio negocio que genera beneficios directos. Las comunidades terapéuticas de toda índole utilizan a los yonquis como mano de obra gratuita —con la justificación de que están en “terapia” y que el trabajo es un elemento central de su tratamiento—, lo que les permite reducir los costes a prácticamente cero. Hasta la construcción de las propias casas donde se alojan las comunidades puede haberse realizado de manera gratuita por los yonquis, como era el caso en la lucrativa y muy poderosa organización “El Patriarca” por la que pasaron miles de yonquis españoles en los años ochenta y principios de los noventa. Lucien Engelmajer, su fundador, está todavía escondiéndose de la policía francesa que lo persigue por fraude y malversación. Mientras tanto se ha constituido una fortuna enorme, beneficiándose de ayudas estatales, que los gobiernos vacilaban en quitarle a pesar de que múltiples informes y denuncias revelaban la explotación descarada que ocultaba la supuesta “reinserción social” de los yonquis en sus centros. En efecto, el fundador amenazaba con soltar a la calle a los miles de yonquis de los numerosos centros diseminados por varios países, y los gobiernos daban marcha atrás. La codicia del uno y la hipocresía de los otros se conjugaron para que el lucrativo negocio pudiera seguir durante largos años.³⁶ Además de la explotación de los yonquis y del dinero de los gobiernos, las organizaciones, confesionales o no, gozan de otra fuente de dinero casi cautiva: las familias, desesperadas por su impotencia ante los estragos de la droga y dispuestas al mayor sacrificio económico. En los años noventa, el organismo Narcocón pedía a las familias importes del orden de 300 000 pesetas (unos 1800 euros) por mes para la estancia de sus hijos en sus centros.

CONCLUSIÓN

Detrás del aparente éxito de la política de drogas en detener la “epidemia” de heroína que tantos estragos produjo, el fenómeno de Las Barranquillas revela las consecuencias que tuvo, para el grupo residual actual de yon-

³⁶ V. la página www.prevensectes.com/patriarc.htm

quis marginados, el esfuerzo de expulsión de la heroína de los barrios de la ciudad. La muerte, la desnutrición, las infecciones, la debilidad y el agotamiento, la depresión y otras perturbaciones psíquicas no son consecuencias ineluctables de la drogadicción, sino que mantienen más relación con la exclusión, la represión y la explotación. Muchos de los aspectos del estilo de vida de los yonquis marginados y de los usuarios que todavía gozan de cierto grado de inserción social son reflejos de su dependencia económica y de las condiciones en las que tienen que desarrollar sus estrategias cotidianas para vivir su dependencia a la droga, condiciones que se han vuelto cada vez más duras con la emergencia del fenómeno de Las Barranquillas.

BIBLIOGRAFÍA

Castel, Robert

1991 "La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión", en *El Espacio Institucional*, Acevedo, M.J. y Volnovich, J.C. (Eds.), Buenos aires, Lugar Editorial.

Cattacin, Sandro; Bárbara Lucas y Sandra Vetter

1995 *Modèles de politiques en matière de drogue. Une comparaison de six réalités européennes*, París, L'Harmattan.

Courtwright, David

2001a *Dark Paradise. A History of Opiate Addiction in America*, Cambridge, Harvard University Press.

2001b *Forces of Habit. Drugs and the Making of the Modern World*, Cambridge, Harvard University Press.

Escohotado, Antonio

1996 *Historia Elemental de las drogas*, Barcelona, Anagrama.

1998 *Historia de las Drogas*, Madrid, Alianza, 3 vols.

Gamella, Juan

1991 "La lógica de lo endovenoso", *Claves de Razón Práctica*, núm. 18, pp. 72-80.

Menéndez, E.

1998 "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos*, núm. 46.

Meneses, Carmen

2001 "Mujer y Heroína. Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina", tesis doctoral, Universidad de Granada.

Mino, Annie y Sylvie Arsever

1996 *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, París, Calmann-Lévy.

Observatorio Español sobre Drogas (OESD)

2003 Noviembre, *Informe núm. 6*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

O'hare, P.A.; R. Newcombe et al.

1992 *La reducción de los daños relacionados con las drogas*, Barcelona, Grupo IGIA.

San Román, Teresa

1997 La Diferencia Inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos, Madrid, Siglo XXI.

Schur, Edwin

1965 *Crimes without Victims*, Englewood (Nueva Jersey), Prentice Hall.

Stengers, Isabelle y Olivier Ralet

1991 *Drogues, le défi hollandais*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

Szasz, Thomas

1990 (1985) *Drogas y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*, México, FCE.

Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona

Alejandro Goldberg

Instituto de Ciencias Antropológicas

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Argentina

RESUMEN: *Esta presentación es parte de una investigación de cuatro años realizada para obtener el doctorado en 2004 y publicada posteriormente [v. Goldberg, 2007]. A través del marco teórico-conceptual de la antropología y mediante la metodología etnográfica, se analizan algunas de las dimensiones de la salud/enfermedad/atención en un conjunto sociocultural específico: los migrantes senegaleses de Barcelona, España.*

ABSTRACT: *This presentation is part of a four-year research conducted to obtain the Ph. D. in 2004, and published later [see Goldberg, 2007]. Through the theoretical and conceptual framework of anthropology and by the ethnographic methodology, discusses some of the dimensions of health/illness/care-assistance in a specific socio cultural group: Senegalese migrants in Barcelona, Spain.*

PALABRAS CLAVE: *migrantes senegaleses, proceso de salud/enfermedad/atención/, itinerarios terapéuticos.*

KEYWORDS: *Senegalese migrants, health/illness/care-assistance process, therapeutic itineraries.*

1. EL ABORDAJE ANTROPOLÓGICO DEL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN

A modo de introducción, resulta interesante recuperar dos citas que posibilitan una idea general del problema de estudio que se aborda en este trabajo:

Como todo acontecimiento de la vida (*life event*), la migración es una situación de cambio que no sólo da lugar a ganancias y beneficios, sino que también

comporta toda una serie de tensiones y pérdidas a las que se denomina *duelo* [...] Los riesgos para la salud o para la integridad física no tan sólo comportan enfermedades o lesiones, sino también la puesta en marcha de procesos de duelo por lo que se ha perdido [...] prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia: desde aspectos tan básicos como la alimentación o las relaciones familiares y sociales, hasta el clima, la lengua, la cultura, el estatus [...] Cuando la vivienda no dispone de las condiciones higiénicas adecuadas (o no hay siquiera vivienda), cuando se pasa frío, o cuando la alimentación es insuficiente o inadecuada, todo ello puede dar lugar a enfermedades [...] A esto se ha de añadir el alto índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan muchos inmigrantes [Atxotegui, 2000: 83-99].

Tras una revisión de los escasos estudios realizados en España sobre la situación sanitaria de los inmigrantes puede afirmarse que no existen perfiles de morbilidad marcadamente diferenciados respecto a la población autóctona; contra lo que algunos prejuicios pueden sugerir, la incidencia de enfermedades importadas (malaria, paludismo) es mínima. En cambio, gran parte de las consultas de la inmigración económica procedentes de países del Sur están originadas por las condiciones de trabajo (heridas y golpes en la construcción, efecto de plaguicidas en labores agrícolas), de vida (alimentación y condiciones de vivienda inadecuadas) y de marco social de convivencia (enfermedades de transmisión sexual entre colectivos compuestos mayoritariamente por varones, que recurren a los servicios de prostitutas sin observar medidas profilácticas). Según Ugalde [1997], los patrones de morbilidad de esta población reflejan, más que sus niveles de salud antes de emigrar, los problemas sociales que han de afrontar en su supervivencia cotidiana, que generan problemas de salud mental (estrés, miedo, ansiedad) y diversas predisposiciones psicosomáticas [Colectivo Ioé, 1992:164].

Siguiendo a Menéndez [1990b; 1994], el proceso de salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. Esto es, el sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir del mencionado proceso. Padecimientos/respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos.

Partiendo de esta definición, en este trabajo me referiré en términos de “antropología de la medicina”, más que “de la salud” o “médica”, ya que

se trata de un concepto que permite analizar los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio desde el conjunto de saberes y prácticas que poseen desde su cultura de origen, con un particular sistema médico de atención, abordando la relación de éste con el sistema biomédico dominante en la sociedad receptora.

La antropología de la medicina aborda el proceso de salud/enfermedad/atención predominantemente en el nivel microsociológico. No obstante, el enfoque relacional adoptado en este trabajo implica abarcar las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, reconociendo que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención, opera dentro de un marco de relaciones sociales que constituyen a los conjuntos sociales, más allá de la valoración de éstas:

[...] colocar a los conjuntos sociales, a los sujetos sociales enfermos (y no enfermos: a la epidemiología sociocultural le interesa también la salud) dentro de la estructura social, económico-política y cultural en la cual contraen las enfermedades, padecimientos y desgracias, los tratan, se curan, mueren... [Menéndez, 1990b:34].

2. DIMENSIONES DE LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE LOS SENEGALESES

¿Cómo construyen las nociones de salud/enfermedad los senegaleses, qué “valor” le asignan a la “salud”, a las situaciones del “enfermar” y a sus connotaciones sociales respectivas? ¿En qué consisten las acciones que ponen en práctica para hacer frente a los distintos padecimientos que sufren en el contexto de la sociedad de origen?

Como punto de partida para comenzar a indagar alrededor de los interrogantes formulados más arriba, resulta significativo el planteamiento de Mallart [2001:192-194], quien en sus investigaciones sobre medicina africana se propuso mostrar: “cómo, en una sociedad africana, un vasto conjunto de fenómenos, situaciones, ideas, palabras y prácticas relacionadas con el cosmos humano, sus desórdenes y restablecimientos, tienden a formar un sistema de manera tal que todos sus elementos se articulen, se opongan, se complementen y formen un todo”. Esto supone que la medicina (*evuzok*, científica, china, *wolof*,¹) no puede abordarse como un campo completamente autónomo, sino como parte de sistemas sociosimbólicos más amplios enmarcados en contextos particulares.

¹ Los *wolof* constituyen la etnia mayoritaria de Senegal.

Sumado a lo anterior y de acuerdo con Menéndez [2000], es oportuno subrayar dos supuestos fundamentales para el abordaje de la salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio:

1. Todo sistema médico de atención (por más mágico que parezca) no solamente posee técnicas, sino también eficacias técnicas para los problemas de salud. Asimismo, todo sistema médico de atención contiene una serie de elementos que llevan implícitos una determinada concepción del mundo (podría decirse, muy simplificada: de valores socioculturales) que lo estructuran.
2. Las llamadas enfermedades de tipo “tradicional” o de “filiación cultural” en su mayoría poseen una causalidad (y una cura) relacional-humana, lo cual supone la interacción entre personas, como el caso del mal de ojo o la brujería. Por otro lado, es preciso reconocer que este tipo de padecimientos relacionados con procesos y factores culturales no pueden desprenderse del análisis de los factores de tipo sociopolítico e ideológicos en los que se encuentran inmersos [Menéndez, 2000:165].

Dentro de la medicina tradicional africana, es posible reconocer dos órdenes descriptivos alrededor de la salud/enfermedad/atención:

1) Un orden físico donde la enfermedad, malestar, padecimiento se manifiesta en términos de síntomas fisiológicos. Para la lectura de síntomas fisiológicos utilizan la noción de *seet* (*wolof*), que supone mirar, buscar, revisar el cuerpo en sentido integral. El término *feebat* (*wolof*) designa una enfermedad de orden estrictamente físico, una fiebre que se atiende mediante el conocimiento y uso medicinal de plantas, hierbas, cortezas y raíces, generalmente a través del *marabout*.² La curación se designa como *facc* (*wolof*), mientras que *safara* (*wolof*) alude específicamente a los brebajes, preparados o infusiones a base de plantas, hierbas, cortezas y raíces que ingieren durante el tratamiento de siete días para sacar la fiebre amarilla del cuerpo de alguien.

² Desde el punto de vista sociocultural (político, ideológico, religioso) el sustrato más importante del poder del *marabout* radica en dos aspectos interrelacionados: por un lado, es el jefe religioso islámico (Imam); y, por otro lado, el curandero especialista en medicina tradicional africana. El *marabout* es el maestro de la escuela coránica y es también el curandero, se refiere tanto a las oraciones coránicas como a los espíritus de los ancestros:

“Frecuentemente, no siempre, los imams son también marabouts, personajes que gozan de un gran prestigio y respeto dentro de la comunidad. Además de sus funciones ceremoniales y religiosas diarias, de la atención a los bautizos y funerales, de ejercer de maestros en las escuelas tradicionales coránicas y ser los líderes religiosos, también practican curaciones y algunos son adivinos” [Kaplan, 1998:138].

Resulta pertinente destacar la importancia general y específica en el campo de la curación que se le asigna en estas sociedades a lo que Mallart [2001: 197] denomina “mundo vegetal”, del cual mucho se interesó en sus investigaciones sobre la medicina de los *evuzok*. En efecto, “hay plantas para curar heridas y dolores que tienen tanto poder, que si tú no sabes y juntas dos opuestas entre sí, relampaguea en el cielo” (Bebu, senegalés residente en Barcelona).

2) Un orden suprafísico/supranatural, “mágico”, “místico”, “espiritual”. El concepto de *giissane* (*wolof*) permite el diagnóstico de las causas de este orden y abarca asimismo el diagnóstico o lectura del futuro. Por su parte, *ligeey* (en *wolof* “trabajar”; *cort* en *peul*) alude a un maleficio o espíritu malo que se ha apoderado de una persona (tras eludir los amuletos de protección, los *gri-gri*) e implica que alguien ha trabajado mediante brujería para lograr ese estado de enfermedad en el/los otro/s.

Por otra parte, una de las variables a tener en cuenta en el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en el contexto de la sociedad de destino será la manera en la que sus experiencias previas, tanto con la medicina tradicional africana como con el sistema sanitario biomédico en el país de origen, influye o determina su relación con el sistema sanitario español y sus representantes.

En ese sentido, es oportuno recordar que la instalación e influencia de la medicina occidental y su sistema sanitario en Senegal se produce, a partir de la colonización francesa, con la inserción de los misioneros católicos en St. Louis (siglo xv) y otros pueblos. Por esos tiempos, la estructura básica colonial local se basó principalmente en tres instituciones: la iglesia, la escuela y el centro de salud. Por eso, en general la biomedicina ha sido históricamente concebida en Senegal como una institución de los blancos, como un instrumento de control social de los colonizadores franceses paralelo a la evangelización católica.

Mallart [2001:200] cita un escrito de Mba Owona en el que subraya el hecho referido acerca de que los colonizadores se sirvieron del clero para borrar los conocimientos y prácticas tradicionales entre los africanos y así imponer la medicina moderna importada: “[...] los enfermos que acudían a los curanderos en busca de sus servicios eran tratados como pecadores [...] han dado nombres falsos a los remedios, que designaron con los términos peyorativos de brujerías o fetiches [...] la medicina moderna aparece perdida ante ciertas enfermedades que nuestros remedios curan fácilmente...”

Por último, y siguiendo a Menéndez [1990b], vale recordar que el enfoque relacional adoptado en este estudio explicita el reconocimiento de que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención,

opera dentro de un marco de relaciones sociales, más allá de la valoración de éstas. Dichas relaciones suponen transacciones y se encuentran en permanente modificación. Los procesos de hegemonía/subalternidad entre los modelos hallan en el término “transacciones” el concepto con el cual se puede describir y explicar el conjunto de relaciones que operan potencialmente. Las transacciones, a su vez, suponen siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos. Por esta razón, un aspecto significativo alrededor del concepto de modelo médico Hegemónico (MMH) en el marco de esta investigación es que éste permite analizar el conjunto de saberes y prácticas que poseen los migrantes senegaleses alrededor de la salud/enfermedad/atención y la apropiación de saberes y prácticas biomédicas que se produce en el nuevo contexto socio-sanitario del que se trata.

3. PADECIMIENTOS Y RESPUESTAS DE LOS MIGRANTES SENEGALESES A TRAVÉS DE SUS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS EN LA SOCIEDAD DE DESTINO

Como ha sucedido en casi todos los países donde han emigrado, en su mayoría, los migrantes senegaleses de Barcelona se dedican a trabajar en actividades relacionadas con el comercio: venta ambulante, pequeñas tiendas de bazar con productos africanos y restaurantes típicos, siempre en la zona del centro histórico de la ciudad (fundamentalmente en el distrito de Ciutat Vella), espacio donde conviven un gran número de colectivos de inmigrantes, principalmente africanos y latinoamericanos. Los que se dedican a la venta ambulante y poseen su situación migratoria regularizada suelen estar una temporada en Barcelona y otra en la costa, preferentemente de verano hasta Navidades (el periodo de más ventas), para luego marcharse nuevamente a Senegal por un tiempo no menor a cuatro meses a estar con sus familias y después regresar. También se dan casos en los que algunos hombres se instalan con sus familias pero no se trata de un tipo de inmigración frecuente hasta el momento.

¿Cuáles son los principales padecimientos relacionados con las condiciones de vida y de trabajo de los migrantes senegaleses en la sociedad de destino, y de qué manera intentan resolverlos?

A través de la información etnográfica recogida he comprobado que los migrantes senegaleses que trabajan en el comercio de venta ambulante en Barcelona sufren generalmente cansancio y fatiga, como padecimiento o malestar específico a la actividad cotidiana que desarrollan. Por un lado, en su mayoría no cuentan con vehículo propio, por lo que deben transportar el

peso de la mercadería hasta el lugar donde se instalan y moverse corriendo con él cada vez que la policía aparece. Por lo tanto, es pertinente apuntar aquí un factor concreto que les genera problemas en su salud: el estrés de estar permanentemente atentos y temiendo que la policía llegue, les confisque su mercadería, los llegue a detener y se los pueda expulsar, ya que, mayoritariamente y muy a pesar de ellos mismos, no poseen su situación administrativa regularizada.

Asimismo, es importante destacar al menos dos tipos de “presiones” añadidas que sufren y que provienen del país de origen. Una es de carácter general y abarca a todos los migrantes:

Muchos africanos creen que cuando tú llegas aquí lo tienes todo, triunfas. Cuando saben, por ejemplo que [Kai] está en Europa, lo están mirando, están esperando su triunfo. Si no estás bien preparado, puedes volverte loco (Kai, senegalés residente en Barcelona).

El otro tipo de “presión” se relaciona con la jerarquía particular de cada sujeto en la estructura familiar que ha dejado en origen. Por ejemplo, un migrante senegalés que está casado con una o dos mujeres (de acuerdo al Islam pueden tener hasta cuatro); es decir, que tiene hasta dos familias en origen, necesita por fuerza trabajar mucho para enviarles dinero y mantenerlas. Por lo tanto, estará sujeto a más presión, lo que le generará más angustia y, por ende, más problemas de salud de orden físico y psicológico. Sumado a lo anterior, hay que remarcar los cambios que sufren en los hábitos alimentarios, así como la pérdida de horas de sueño.

El caso de Mustafá sirve para graficar lo anterior. Cuando en el año 2000 emigró de Senegal pesaba 113 kg.; después de dos años en el continente europeo había perdido 13 kg. Los motivos que él adjudicó a lo sucedido fueron, en el siguiente orden: 1) el estrés de vender en la calle: “tienes que ir de aquí para allá, corriendo de la policía, que si te atrapa te secuestra tus cosas y te lleva en cárcel” (Mustafá); y 2) el estar lejos de su tierra y los suyos, en una cultura distinta. Es decir que, de modo general, un problema de orden físico (la pérdida de peso) es atribuido a causas de índole sociocultural, que determinan la situación de los migrantes en la sociedad de destino.

Siguiendo con los padecimientos ligados a la actividad de venta ambulante, vale señalar que con el término *töy* (en *wolof*) se autodiagnostican el malestar que relacionan con el cansancio y la fatiga que sufren en su trabajo. Para tratarlo utilizan dos tipos de plantas: el *Kël*, un árbol de cuyas hojas (o corteza) se prepara una infusión; y la *Bissa*, un pequeño arbusto de múltiples propiedades, que también actúa como laxante y diurético (si se bebe caliente) o líquido refrescante (si se bebe frío).

¿Qué ocurre en la sociedad de destino cuando los inmigrantes senegaleses no cuentan con estas especies de plantas curativas? Según pude comprobar a partir del trabajo de campo realizado, generalmente las transportan consigo desde origen y a medida que se consumen las van renovando por intermedio de aquellos que viajan a Senegal o bien reciben un nuevo suministro a través de los nuevos migrantes que arriban a destino. Es decir que reproducen un mecanismo semejante al que ponen en práctica con las artesanías de madera y demás mercadería que venden, basado en las redes y cadenas migratorias.

Este conjunto de saberes y de prácticas forman parte de los mecanismos de autoatención, la cual, según Menéndez [1990a], permea la estructura de toda la sociedad y es su primer nivel real de atención. Está basada en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios, y en el que no interviene directamente un curador profesional.

A continuación se presentarán algunos casos que permiten dar cuenta de las dimensiones que adquieren dos aspectos fundamentales al momento de analizar el proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona. En primer lugar, establecer la relación entre salud y condiciones de vida y de trabajo como variable determinante en la situación de salud/enfermedad de los sujetos. En segundo lugar, la importancia de reconocer y describir el conjunto de representaciones y prácticas de los sujetos, así como el itinerario terapéutico seguido, ante determinados padecimientos en el contexto de la sociedad de destino.

a) El caso de Lake

Cualquier persona que haya caminado por las calles de Ciutat Vella, fundamentalmente por el barrio del Raval, puede inferir al menos tres cuestiones: primero, exceptuando la zona del Raval alto, la mayoría de la población que lo habita es de origen inmigrante; segundo, buena parte de los pisos que éstos habitan no se encuentran en condiciones de habitabilidad y saneamiento dignas, sino más bien de hacinamiento; y tercero, las pequeñas calles del corazón del barrio constituyen potenciales focos infecciosos debido a la concentración de basura y suciedad que las caracteriza. Ante semejante estado de cosas, la incidencia de la tuberculosis, una de las llamadas enfermedades de la pobreza, va en aumento:

Como puede observarse en el gráfico que se presenta a continuación, el porcentaje de casos de tuberculosis aumentó significativamente en inmigrantes a partir de 2000.

Según recomendaciones del Instituto Municipal de Salud Pública (IMSP), más que asociar tuberculosis con inmigración (del mismo modo que se relaciona esta última con delincuencia), el fenómeno remite sobre todo a las condiciones de pobreza y marginación en las que los inmigrantes viven. Es baja la probabilidad de que una persona que habita en Sarriá, uno de los barrios más ricos, ubicado en la parte alta de la ciudad, contraiga la enfermedad. La tuberculosis ataca a organismos con defensas deficitarias y mal alimentados. Por lo tanto, no se trata solamente de una enfermedad “importada” por los inmigrantes, sino que mayoritariamente se la contrae aquí, en contextos urbanos con un estatus de vida de “Cuarto Mundo”, en los cuales existen altos grados de patrones de exposición para las personas que los habitan (en su mayoría inmigrantes).³

En este barrio [por el Raval] hay una incidencia de la tuberculosis muy alta, que no tiene nada que ver con el resto de Barcelona. Tenemos mucho cuidado con los inmigrantes porque viven en unas casas con muy malas condiciones, de hacinamiento, además no comen bien, la alimentación no es la correcta, es decir que las condiciones de vida que tienen potencian el desarrollo de la enfermedad (Montse Salgado, médica del Centro de Atención Primaria —CAP— de Drassanes).

Lake, vendedor ambulante senegalés, fue uno de los 590 casos de tuberculosis declarados en Barcelona durante 1999. Al momento de realizar las entrevistas (abril-mayo de 2001), tenía 28 años y era uno de los 13 senegaleses empadronados en el barrio del Raval, distrito de Ciutat Vella [fuente: *La població estrangera a Barcelona, enero 2001*. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona].

Lake habitaba un pequeño piso compartido con un primo (Kai) y dos amigos (Wama y Namse), todos migrantes senegaleses vendedores ambulantes.

Un día que volví de vender me sentí muy cansado, más cansado que otros días, no tenía fuerzas. Comí y me eché en la cama. Esa noche recuerdo que me despertaba todo el tiempo, estaba todo sudado, tenía fiebre alta. Al día siguiente me vino una tos muy fuerte y mucha fiebre en la noche. Esperé hasta el otro día y fui a Medicina Tropical para que me viera un médico. Él me dijo que lo que yo tenía seguro era tuberculosis (Lake).

³ Es importante señalar que España se sitúa a la cabeza de la UE en tasas de mortalidad por tuberculosis y que en Cataluña se producen 30 casos de tuberculosis cada 100 mil habitantes; mientras que, de cada 3 inmigrantes que mueren, 1 es por tuberculosis. Por su parte, en Barcelona la tasa es de 37,5 casos por 100 mil habitantes, pero en el distrito de Ciutat Vella la misma se eleva a 174 casos, cifra comparable a la de muchos países del “Tercer Mundo” (fuente: Instituto Municipal de la Salut).

Como es sabido, el tratamiento completo para curar la tuberculosis es prolongado: dura de seis a nueve meses, incluso a un año. Lake no estaba lo suficientemente convencido de que se iba a mejorar, ni siquiera confiaba en que se tratara de la enfermedad diagnosticada por el médico. Creía más bien que se trataba de algún otro padecimiento ligado a una falla en su sistema de protección, los *gri-gri*, portados consigo desde su sociedad de origen. Hasta llegó a pensar en la posibilidad de que alguno de sus antepasados estuviera enfadado con él por alguna causa. Si, como le dijo el médico, la tuberculosis es muy contagiosa... ¿por qué, entonces, no se enfermaron también su primo y los amigos que vivían con él?

A la par del tratamiento terapéutico biomédico a base de tres fármacos distintos,⁴ que incluyó la elaboración por parte del médico de una dieta alimentaria rica en proteínas y vitaminas, a la vez que la recomendación de no fatigarse en el trabajo, descansar y dormir bien, Lake comenzó a cartearse con su familia nuclear en Senegal y a mantener con ellos una comunicación telefónica semanal. Incluso, en dos ocasiones, habló por teléfono directamente con el *marabout* de su pueblo para que tratara su problema de salud a la distancia: "Así me sentía más tranquilo y seguro. Fui mejorando con el tiempo hasta que me curé completamente" (Lake). De otra forma hubiera tenido que viajar a Senegal para solucionar su problema en el nivel familiar-sociocultural y reiniciar los rituales de protección.

El caso permite ver la manera en que, ante determinados padecimientos, los migrantes senegaleses ponen en práctica mecanismos de respuesta que abarcan simultáneamente los niveles físico y suprafísico. Para curarse de la tuberculosis, Lake ha seguido el tratamiento estrictamente biomédico en la sociedad de destino pero con el sustento simbólico familiar-sociocultural de origen, dentro del cual el papel del *marabout* resulta fundamental.

b) El caso de Mame

Al momento de realizar las entrevistas (diciembre de 2000), Mame tenía 27 años. *Wolof* senegalés, vendedor ambulante y amante de la música negra, Mame frecuentaba con sus amigos el *Paradise*, la más concurrida de las discotecas "afro" que existen en Barcelona, situada a metros de la plaza de

⁴ Al momento de realizar las entrevistas, Lake no recordaba el nombre de los fármacos que utilizó para curarse la enfermedad. Comentó, sí, que se trataba de tres medicinas diferentes y que, sobre todo una de ellas, era muy cara en la farmacia. Sin embargo, sólo tuvo que comprar las pastillas "una o dos veces" en nueve meses de tratamiento, ya que se las proporcionaron casi en su totalidad y gratuitamente en el centro de atención primaria al que acudió. Vale apuntar que, en general, durante el prolongado tratamiento contra la tuberculosis se suele usar una combinación de alguna de estas drogas: *isoniacida*, *rifampicina*, *etambutol*, *estreptomina* y/o *piracinamida*.

St. Jaume. Una noche, mientras bailaba, resbaló y se dio un fuerte golpe en la nuca. A partir de ese episodio comenzó a sufrir crisis periódicas de tipo epiléptico con algunas convulsiones nerviosas.

Es importante mencionar que Mame proviene de una familia poligámica:

En mi familia somos muchos hermanos. El único que emigró fui yo, por eso he ayudado mucho a mi padre económicamente. Siempre que son muchos hijos hay una competencia, igual que con las esposas que tienen envidia por los hijos de las otras... (Mame).

Mame atribuyó las crisis periódicas que sufría a un acto de brujería: el responsable de sus problemas de salud era un maleficio hecho en su contra por alguna de las esposas de su padre.

A diferencia de Lake, Mame no estaba empadronado en el ayuntamiento. Por consejo de un amigo senegalés, concurrió al centro de Medicina Tropical de Drassanes⁵ donde lo trataron: le realizaron exámenes neurológicos y lo atendió un médico que le hizo un seguimiento durante una semana para ver cómo evolucionaba. Paralelamente, Mame se comunicó de manera periódica por teléfono con su padre y sus hermanos que lo tranquilizaron de que no existía un “desorden” en el plano sociocultural. Después de unos días, Mame volvió a “su” normalidad.

Nuevamente puede verse la manera en que operan ambos tipos de respuestas articuladas, aunque en este caso la eficacia estuvo determinada más bien por el plano simbólico de acuerdo con la representación que Mame hizo del padecimiento que sufría.

c) El caso de Bebu

Bebu, a quien entrevisté durante abril-mayo de 2002, constituye un caso excepcional dentro de las características generales de la muestra de este estudio: por un lado, a diferencia de la mayoría de los senegaleses entrevistados, no se dedica a la venta ambulante, sino que ejerce su profesión de sastre en Barcelona; por otro lado, no pertenece a la etnia *wolof*, mayoritaria entre los senegaleses, sino que su madre es *peul* y su padre *bambara*.

⁵ El Servei Català de la Salut (scs) posee una institución particular en relación con la atención de los inmigrantes —sobre todo africanos— en el corazón de Ciutat Vella: la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas, también conocida como Centro de Medicina Tropical de Drassanes. Fue creada en 1985 y está especializada en enfermedades importadas (tropicales) y transmisibles (VIH-SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.). En este sentido, el tratamiento contra la malaria, enfermedad que algunas personas originarias de África portan desde sus países de origen, constituye un campo importante de acción; al igual que el tratamiento preventivo, como vacunaciones, para viajeros con destino a países del Tercer Mundo.

Sus testimonios permiten dar cuenta de la utilización medicinal —y la preferencia—, para determinados problemas de salud, de plantas, hierbas, cortezas y raíces provenientes de la sociedad de origen, en detrimento de los fármacos industriales que los profesionales de la biomedicina recetan en la sociedad de destino:

Siempre he tenido, de joven, el estómago mal, úlcera. Lo que tomo más son hierbas, para mí es mejor que tomar pastillas. Son hierbas de plantas de África. Hace dos años estaba enfermo de mareos. Me mareaba todo el tiempo. Un día me fui a tomar un café con leche y comí un queso. Cuando regresé a mi casa empezaron los mareos y los vómitos. Y durante tres semanas estuve así. Tengo seguridad social y me fui al médico y me hicieron todos los análisis, de sangre, de todo. Pero no pudo curarme, él no me veía enfermo, no me encontraba nada. Me tomaba todas las pastillas que me daba pero nada, así que dejé de ir al médico. Al final me mandó mi madre unas hierbas y cuando me las tomé enseguida se me pasó y me curé. Cuando estuve hace tres meses allí me traje de estas y otras hierbas.⁶ Aquí también hay bosque pero las plantas son diferentes. Cada árbol, cada planta, ayuda en algo, cada una cura, pero si tú no lo sabes, no lo sabes. Igual aquí, todo árbol, toda planta, cura algo, pero hay que saberlo. Cuando tengo problemas de úlcera y me duele el estómago tengo de estas hierbas, me las tomo y ya estoy bien. A mí me gusta todo lo natural. Es un polvo que se prepara con té. También si te duele la pierna o lo que sea, tengo una pomada que sale de un árbol; me la pongo y ya está, enseguida se quita (Bebu).

d) El caso de Notcher

De acuerdo con el planteamiento de Kaplan [1998], el conocimiento de los aspectos relacionados con el trayecto o itinerario migratorio y sus etapas es relevante para el análisis del proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes. Del mismo modo, se remarca la relevancia que adquiere para el abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes extranjeros en España una de sus principales dimensiones: la de la salud laboral como relación social. Partiendo de estas dos premisas, entonces, se presenta el caso de Notcher, quien, a diferencia de la mayoría de los sujetos de estudio entrevistados en mi investigación, no se dedicaba al comercio de venta ambulante, sino que ha vivido y trabajado durante dos años en los invernaderos del Poniente almeriense y luego recogiendo fruta en Lérida.

A través del análisis de su itinerario terapéutico se intentará dar cuenta de los distintos factores que han interactuado en su proceso de “duelo”

⁶ Bebu se refiere, entre otras, al *Kël* y a la *Bissa*, dos de las plantas medicinales más utilizadas por los senegaleses para determinados problemas de salud.

migratorio, particularmente en el campo psíquico de la salud/enfermedad, así como de los mecanismos de respuestas que ha puesto en práctica para hacerles frente. Atxotegui [2000:86] se refiere a lo anterior cuando analiza el duelo que existe en la emigración respecto a lo que se deja atrás. En este sentido, “los problemas psicológicos surgirían de las dificultades en la elaboración de ese duelo”, dificultades que se profundizan en un contexto de desigualdad, marginación y exclusión como el que determina las condiciones de vida y de trabajo de muchos inmigrantes en España. En resumen, puede decirse que la situación de inestabilidad material, social, cultural y afectiva en el desarrollo evolutivo del proceso migratorio, que implica en sí mismo un problema de adaptación ante la ruptura con el medio ambiente sociocultural de origen, constituyen todos determinantes en el proceso de salud/enfermedad/atención del sujeto. Adicionalmente, se analizarán los factores de riesgo que han aumentado los patrones de exposición a distintos padecimientos, ligados a las condiciones de vida y de trabajo en las que se desarrolló Notcher durante dos años en el Poniente almeriense.

Los primeros síntomas de malestar comenzaron a manifestarse después de su primer año de trabajo en los invernaderos. Antes de cumplirse el año, Notcher sintió por momentos “cansancio”. Nótese que el momento coincide también con el hecho de haber cumplido un año de emigrado, de estar en Almería, lejos de su tierra y de su familia, haciendo un trabajo duro. Según Atxotegui [*op. cit.*], generalmente suelen presentarse cuadros de tipo psicossomático y ansioso-depresivo, que en el caso de Notcher se profundizaban desde el plano físico por las condiciones del trabajo realizado:

Quando vuelves a casa, después de 8 horas de trabajo en el invernadero, te duchas, te sientas y empiezas a pensar en África... en otras cosas. No te das cuenta de lo que te ocurre, no eres consciente de nada. Pero después de un año empecé a pensar en mí mismo. Y empiezas a entender que este trabajo te va a matar si no lo dejas, te das cuenta de lo duro que es... día tras día el mismo trabajo, siempre las mismas cosas, sólo cosas duras, te cansas y mucho. *Ya estaba harto psicológicamente; físicamente ya no respondía.* Necesitaba otras cosas, un poco de vida. Mirábamos la televisión española o alguna cinta de video que llegaba de Senegal, y ya está. Ningún otro contacto con la vida social española. Ni siquiera pensaba en ir con mujeres, era como una máquina (Notcher; las cursivas son mías).

Alguno de aquellos días, tras un difícil año de trabajo en Almería, Notcher sintió un fuerte dolor en su espalda. Aquí comienza su traumático itinerario terapéutico que, por otra parte, continúa hasta la actualidad. Y su primer contacto con el sistema sanitario español no se produjo precisamente en las mejores condiciones: en primer término, al no encontrarse en situación migratoria-laboral regular, no poseía tarjeta sanitaria; en se-

gundo lugar, tuvo que dirigirse al servicio de urgencias del ambulatorio de Roquetas de Mar, y hay que tener en cuenta que el contexto sanitario de la provincia de Almería es uno de los más deficitarios de la Comunidad Andaluza. La red de centros de atención primaria es, además de incompleta, absolutamente inconnexa. Existen zonas, por ejemplo, en las que no hay centros de salud y la asistencia médica se reduce, o bien a los médicos de cabecera, o a los rurales.

Me vio una médica que me preguntó: “¿Qué te pasa?”. “Me duele la espalda —le contesté—. “Vale —dijo—, no pasa nada”. Y me dio una receta de pastillas y una pomada antiinflamatoria para frotarme en la espalda. No me revisó ni nada. Es como si allí saben [supieran] perfectamente lo que puede sufrir un trabajador de los invernaderos. Tú llegas, te dicen lo que tienes que tomar y te vas. En Almería, si eres extranjero, nadie va a preguntarte qué haces, qué tipo de trabajo haces... ya lo saben, ya saben lo que hay ahí (Notcher).

A Notcher no le generó ninguna confianza la médica que lo atendió. Por lo tanto, no se compró ni las pastillas ni la pomada antiinflamatoria que ésta le recetó: “Yo tenía mi propia crema que traía de Africa y me la puse en la espalda. Al día siguiente no fui a trabajar y al otro día fui porque estaba mejor”.

Tras este primer episodio de dolencia física, los problemas de salud comenzaron a sucederse. En otra oportunidad, Notcher estuvo cinco días en cama porque le dolía mucho la cadera como consecuencia de haber estado sembrando agachado, con el cuerpo encorvado, durante 8 horas cada día en los cinco invernaderos que tenía su jefe. El tercer episodio que relata Notcher ocurrió unas semanas más tarde. En esta oportunidad tuvo problemas nuevamente en su espalda, concretamente un fuerte dolor en el omóplato derecho. Es decir que, hasta este momento, se trató siempre de dolencias físicas ligadas a las duras condiciones del tipo de trabajo que hacía en los invernaderos.

Al final de la temporada de trabajo, Notcher se fue a la recogida de la fruta en Lérida (Cataluña), con la intención de regresar luego al Poniente almeriense. Pero mientras desarrollaba el trabajo sufrió un episodio que marcaría su itinerario terapéutico hasta la actualidad, determinando, entre otras cosas, la decisión de viajar a Senegal para tratarse, así como a su regreso no volver al Poniente almeriense sino instalarse en Barcelona. Sólo un médico le ha diagnosticado el tipo de padecimiento que sufre y una enfermera le ha sugerido los posibles factores que podrían causarlo:

Tenía una muela que me dolía mucho y fui a que me la saquen. Me inyectaron dos veces penicilina para la infección. Pero a la tercera inyección ya no podía ni ver, ni oír, ni nada. Desde este día, siempre que hago un esfuerzo, por más pequeñito

que éste sea, me empiezo a marear. Me mareo mucho, mucho. Y fue empeorando porque fui perdiendo peso cada día más, sin saber por qué. También empecé a perder color, a cambiar de color. Me he puesto más blanco, hasta ahora mis manos están más blancas. A veces es como si estuvieran con sangre. He ido a los médicos en Lérida, me han revisado y me dijeron que no vieron nada. Me hicieron muchos análisis de sangre. Mientras trabajaba, yo estaba arriba recogiendo fruta y me mareaba, entonces me tenía que sentar unos minutos, no podía trabajar así, y cuando me levantaba no podía ni andar. Era algo muy raro. He perdido dos veces la conciencia allí. Y los médicos no saben de qué se trata. Me hicieron, sobre todo, análisis de SIDA porque veían que estaba perdiendo peso. Una vez, una mujer médico me dijo: —Nosotros sabemos sólo con verte que no estás bien. Pero no sabemos lo que te pasa, lo que tienes, así que no podemos hacer nada—. Y así hasta ahora. No pudieron hacer nada. Ahora me duele la cabeza siempre. Ya he ido a los médicos muchas veces pero todavía nadie me ha dicho lo que puede ser. Sólo un médico me ha dicho que es una angustia crónica. Pero una angustia no puede hacerme eso todo un año seguido, no lo creo. También una enfermera con la que trabajé me dijo que esto era culpa de que había dejado a mi familia y vivía solo... un problema moral o algo como eso (Notcher).

Este último diagnóstico —en realidad, el primero y único que le hicieron— fue el que empujó finalmente a Notcher a viajar a Senegal a ver a su familia, donde estuvo cinco meses tratándose su problema con medicina tradicional africana a través de un *marabout* y, paralelamente, en un hospital público de Dakar por medio de un médico amigo. Éste le realizó un electroencefalograma que dio normal, mientras el análisis de sangre que le hicieron dio como resultado un problema de coagulación (que no le detectaron en los análisis que le realizaron primero en Lérida y en Barcelona después). Vale señalar que dicho problema podría estar directamente vinculado al trabajo en los invernaderos. Es decir, el haber trabajado dos años bajo el plástico a temperaturas elevadísimas pudo haber tenido una repercusión directa sobre su sangre. Al respecto, Notcher sostiene que hay mucha gente que viene de trabajar en Almería y que se queja del dolor de cabeza por culpa del sol y del calor. Asimismo, vale recordar que los plaguicidas organofosforados, como los que se utilizan en los invernaderos del Poniente almeriense, “afectan la hidrólisis enzimática del neurotransmisor acetilcolina mediante la disminución de acetilcolinesterasa, con la consecuente intoxicación colinérgica” [Breilh, 2003:256]. Según este autor,

la toxicidad crónica compromete al sistema nervioso periférico, generando una polineuropatía senso-motora que persiste, incluso meses después de suspender la exposición [a la sustancia nociva], llegando a producir secuelas en algunos pacientes” [*ibid.*].

4. COMENTARIOS FINALES

Desde el punto de vista de los procesos migratorios actuales, se ha pretendido en este trabajo poner de relieve algunos de los factores, generales y específicos, que pueden afectar la salud y la vida de los colectivos de migrantes en el escenario histórico global. Al particularizar en el contexto español, las condiciones generales de vida y de trabajo que marcan la existencia cotidiana de los inmigrantes, en muchos casos caracterizadas por la exclusión social y la marginación, sumado a la situación de “duelo migratorio”, potencian en estas personas la exposición a trastornos, padecimientos y enfermedades específicos que pueden afectar su salud. Todo lo cual influye en la variedad de respuestas a esos problemas.

Los migrantes senegaleses, una vez que han detectado signos a los cuales atribuyen un significado anómalo en términos socioculturales y no han podido solucionarlo mediante sus propios saberes y prácticas (autoatención), deben recurrir a un especialista, sea éste no técnico-científico (medicina tradicional), o médico (medicina científica), para hacer frente al problema de salud que los afecta.

En la sociedad de origen, los sujetos atienden la mayor parte de los padecimientos que sufren por intermedio de un especialista en medicina tradicional africana, un *marabout*. En este sentido, un importante elemento a destacar es la diferencia existente entre el contexto sociosanitario de origen y el de destino en términos de la accesibilidad que poseen, respecto de la oferta de sistemas médicos y sus representantes-especialistas-curadores. Sobre todo en las zonas rurales de Senegambia, y más allá de los factores subjetivos analizados, en ese contexto resulta materialmente más fácil y accesible tratarse con un *marabout* que ver a un médico.

En cuanto a la sociedad de destino, por el contrario, sucede que las personas cuya situación migratoria sea “regular” pueden optar, de manera simultánea, por distintas alternativas que ofrece el contexto sociosanitario en relación con sus procesos asistenciales, según la eficacia y la apropiación de los conocimientos y las prácticas que hayan efectuado. La articulación entre esos distintos saberes y prácticas dará cuenta de sus procesos de salud/enfermedad/atención.

En el contexto de Barcelona como sociedad de destino, ante algunos padecimientos de índole estrictamente física y luego de poner en práctica los mecanismos de autoatención, esto es, el primer nivel real de atención, a los migrantes senegaleses empadronados o regularizados (es decir, aquellos que tienen tarjeta sanitaria) les resulta relativamente más accesible y económico ver a un médico del CAP o de Medicina Tropical que a un *marabout*.

Para los problemas que corresponden al campo psicológico-emocional, incluyendo el orden “suprafísico”, los migrantes senegaleses se identifican más con el tratamiento de la medicina tradicional africana, hegemónico en la sociedad de origen, que ejerce el *marabout*, y cuya eficacia simbólica está dada en términos socioculturales. Por eso, ante determinados padecimientos, frente a la falta de presencia de estos especialistas en la sociedad de destino, en algunos casos necesitan regresar al país de origen y reiniciar los rituales de protección en un marco de contención familiar/comunitario.

En lo que concierne al ámbito de respuestas provenientes específicamente del campo biomédico, no todos, pero sí una buena parte de los representantes del sistema sanitario español (funcionarios, médicos, epidemiólogos, enfermeras) no poseen la capacidad técnica ni teórica (en algunos casos, tampoco la voluntad o predisposición) para abordar, describir, diagnosticar, analizar, explicar y dar respuestas a una amplia gama de padecimientos y problemas de salud de los sujetos inmigrantes.

Podría decirse que no se trata tanto de que los inmigrantes senegaleses sufran padecimientos diferentes, “inespecíficos”, “importados”, etc., incluso que necesiten de una atención médica diferencial; sino igualitaria, equitativa y no excluyente. En este sentido, se ha podido indagar alrededor de la falta de una consideración y un tratamiento adecuados respecto a aquellos padecimientos sufridos por los inmigrantes extranjeros relacionados con las condiciones de trabajo y de existencia en la sociedad de destino.

Hasta el momento, puede decirse que la política sanitaria oficial respecto a la población inmigrada no sólo responde al carácter relativamente nuevo del fenómeno, sino que además se corresponde con dos elementos: la política migratoria de la administración, por un lado, y por el otro, el paradigma que rige las concepciones y prácticas dominantes en España alrededor de las acciones de salud sobre la población: el modelo médico hegemónico.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuntament de Barcelona

2001 *La població estrangera de Barcelona, gener 2001*, Departament d'Estadística.

Atxotegui, J.

2000 “Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial”, en E. Perdiguero y J. M. Comelles (Comps.), en *Medicina y Cultura*, Barcelona, Bellaterra.

Breilh, J.

2003 *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar.

Colectivo Ioé

1999 "La immigració estrangera a Espanya, 2000", en E. Aja *et al.*, *La immigració estrangera a Espanya. Els reptes educatius*, Barcelona, Fundació La Caixa.

Goldberg, A.

2007 *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*, tesis doctoral (2004), Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universidad Rovira y Virgil.

Kaplan, A.

1998 *De Senegambia a Cataluña, procesos de aculturación e integración social*; Barcelona, Fundación La Caixa.

Mallart, LL.

2001 *Okupes a l'Àfrica*, Barcelona, La Campana.

Menéndez, E.

1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*; México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86.

1990a *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza.

1990b *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179.

1994 "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", en *Alteridades*, 4; 7:71-83.

2000 "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos", en E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.): *Medicina y cultura, estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra.

Romaní, O.

2002 "La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología", en *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9 (7): 498-504; Barcelona: SEMFYC-Doyma, ISSN: 1134-2072.

Ugalde, A.

1997 "Salud e inmigración económica del tercer mundo en España", en O. Salas y A. Ugalde. *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 57-78.

Estudio antropológico en torno a la prostitución

Elvira Villa Camarma

Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, España, Facultad de Letras

RESUMEN: *Este artículo pretende analizar el fenómeno de la prostitución femenina y las diferentes teorías y enfoques que enfrentan este tema a través del estudio de la construcción sexual de la realidad. Es decir, desde la perspectiva de la antropología crítica analizar cuál es la significación explícita o implícita que otorga cada uno de estos discursos al cuerpo y la sexualidad de las mujeres y su relación con la prostitución; partiendo del esquema: el cuerpo como fuente de producción, el cuerpo como fuente de delito y el cuerpo como víctima y verdugo.*

ABSTRACT: *This paper analyses the different theoretical and socio-political approaches to women's prostitution. It focuses in the study of the sexual construction of reality, that is, in the implicit and explicit meanings given to the body, to women sexuality and to its relation with prostitution by each of those approaches: a) body as an economic source, b) body as crime source, and c) body as a victim-tyrant antagonism.*

PALABRAS CLAVE: *Prostitución, sexualidad, políticas públicas, ciencia y poder.*

KEYWORDS: *Prostitution, sexuality, public policies, science and power.*

INTRODUCCIÓN

Existe una extensa producción bibliográfica, tanto de literatura no científica (novelas, poemas, cuentos, películas...) como de científica, que recoge las diferentes posturas e interpretaciones en torno al fenómeno de la prostitución. Cada una de ellas conceptualizará la prostitución de manera diferente. Mientras que en la primera se genera una forma de socializar el fenómeno, es decir, de reproducir un determinado discurso con respecto a las mujeres que ejercen la prostitución (existe una imagen social de la mala mujer), la segunda (impregnada también de dichas representaciones culturales) intentará dar respuestas institucionales y sociales a este fenómeno en función del posicionamiento teórico de partida.

Sin embargo, no es posible deslindar el concepto de la prostitución femenina de la construcción social de los géneros y de las distintas consideraciones de lo que significa ser mujer y ser hombre dentro de nuestra sociedad.

Desde la construcción teórica de la mujer como “víctima” hasta la construcción de la prostitución como un prisma que pone al descubierto el temor de la sociedad por mujeres “fuera de la norma sexual”, muchas son las teorías que matizan estas dos interpretaciones antagónicas.

¿Dónde están las diferencias y dónde las similitudes?

Desde mi perspectiva, el punto clave que siembra la polémica y que articula las diferencias entre los enfoques existentes es la significación que se da al cuerpo femenino en general y a su sexualidad en particular.

A través de cuentos morales y de “cuentos” científicos, considero que se puede establecer una construcción del significado del cuerpo femenino y de su sexualidad, y su estrecha relación con la prostitución.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

En este artículo pretendo analizar el fenómeno de la prostitución femenina¹ y las diferentes teorías y enfoques político-sociales que enfrentan este tema reconstruyendo los discursos según el siguiente esquema de trabajo:

LA CONSTRUCCIÓN DE LOS DISCURSOS CIENTÍFICOS

Quienes se hayan interesado por el tema de la prostitución estarán ya familiarizados con las principales teorías existentes, que perfilan las intervenciones que desde las políticas públicas actúan sobre esta cuestión. Cada uno de los enfoques teóricos en torno a los que se articulan los diferentes pensamientos ideológicos, entre ellos el feminismo, y la legislación de las diferentes administraciones (prohibicionista, abolicionista, reglamentarista y laboralista), definen una forma de entender el cuerpo y la sexualidad.

Acometeré el análisis de cada uno de estos sistemas ideológicos y legales recogiendo el discurso que elaboran sus principales representantes y artífices. Más concretamente, siguiendo la hipótesis de trabajo planteada en el cuadro 1, me centraré en analizar la significación que otorga cada uno de estos discursos al cuerpo femenino (física/simbólicamente), y en especial la sexualidad de la mujer (normalidad/anormalidad), y su relación con el tema propuesto.

¹ En este artículo se entenderá la prostitución como el intercambio económico por servicios sexuales femeninos entre adultos.

Cuadro 1

| <p style="text-align: center;">El sexo como fuente de poder: Teorías del <i>sexual empowerment</i></p> <p style="text-align: center;">El sexo como Reproducción del Poder: Teorías del <i>sexual embodiment</i></p> | <p style="text-align: center;">REPRESENTACIONES DEL TRABAJO SEXUAL</p> | <p style="text-align: center;">POLITICAS PÚBLICAS</p> |
|---|--|--|
| | <p>El cuerpo como fuente de producción:</p> <p>Como <i>Nómina</i>: el sexo como salario</p> <p>Como <i>Negocio</i>: el sexo como industria</p> | <p>Laboralistas</p> <p>Reglamentaristas</p> |
| | <p>El cuerpo como fuente de delito</p> <p>Como Delito legal: el sexo como delito</p> <p>Como Delito moral: el sexo como virtud el sexo como pecado</p> | <p>Prohibicionistas</p> <p>Teorías sobre el orden ético-social</p> |
| | <p>El cuerpo como víctima-verdugo:</p> <p>El sexo como forma de esclavizar</p> <p>El sexo como fuente de dignidad humana</p> <p>El sexo como fuente de peligro</p> | <p>Abolicionistas</p> |

EL CUERPO COMO DELITO

Desde este discurso, el intercambio mercantil de servicios sexuales atenta contra valores éticos: la gestión sexual del cuerpo femenino resulta ser oficialmente un delito de carácter moral y legal, que provocaría la pérdida y corrupción de los valores tradicionales.

Aplicar este enfoque ante el fenómeno de la prostitución significa que el Estado adopte un papel de guardián de la moral (normalmente este orden moral está determinado por las creencias religiosas). Por tanto, esta actividad ha de ser erradicada por ley, prohibiendo su ejercicio y penalizando a aquellas personas relacionadas con ella, especialmente a las prostitutas.

Estas teorías político-sociales se denominarán prohibicionistas.

En el contexto europeo, sólo Irlanda actualmente aplica este tipo de medidas legales. Es característico de sociedades tradicionales donde la religión juega un papel social y político importante. También los sistemas jurídicos de la mayoría de los estados de Estados Unidos tipifican como delito la prostitución castigando a las personas que la ejercen.

En la España del siglo XIX, la prostitución fue considerada *la forma femenina de la delincuencia* amparándose en los estudios médicos higienistas de la época (corriente médica liderada por Lombroso); sin embargo, al no provocar daños directos a otras personas, quedará tipificada como delito contra lo moralmente “correcto” y las prostitutas serán las ejecutoras de tal “agresión” moral.

La criminalización del fenómeno implicará, en mi opinión, el control sexual de las mujeres a través de su separación en dos categorías:

| Esposa-madre | Prostituta |
|-----------------------|------------------------------|
| Asexual | Hipersexual |
| Doméstica | Salvaje |
| Dependiente | Independiente |
| Buena | Mala |
| Decente | Indecente |
| Fiel | Promiscua |
| Virtuosa | Viciosa |
| Discreta | Descarada |
| Casta | Impura |
| Burguesa | Obrera |
| Ligada a lo doméstico | Ligada a lo público |
| Madre | No madre (simbólicamente) |
| No migrante | Migrante |

La figura de la prostituta (mala mujer) aparece enfrentada a la figura de la mujer virtuosa (esposa fiel, madre abnegada). Esto produce un efecto *embodiment* [Juliano, D., 2002:52], una corporización en que conductas socialmente determinadas se atribuyen a características físicas, a la vez vistas como permanentes. En nuestra sociedad, cualquier tipo de contestación social por parte de las mujeres es atribuida a excesos de su sexualidad, y por ello el insulto que suele utilizarse para cualquier tipo de *descontrol* es el de

“puta” para las mujeres y el de “hijo de puta” para los hombres. De manera que una conducta puntual o una opción laboral se transforma en un atributo permanente [*ibid.*:45-46]. Así, muchos estudios científicos (especialmente biomédicos) analizarán a la prostituta como una identidad prefijada, más que como una situación contingente; uniformando situaciones que no son uniformes.

Este discurso olvida la enorme diversidad de situaciones que se dan bajo el fenómeno denominado prostitución, las cuales varían según género (femenina, masculina —homosexual, heterosexual—, transexual), según el lugar de trabajo (calle, casas de citas o de contactos, hoteles/plazas/clubes, casas de masajes, empresas de azafatas, turismo sexual, líneas telefónicas, *sex shop*, servicios sexuales por favores personales, medios audiovisuales, matrimonios por conveniencia o por un tiempo pactado), según procedencia (nacionales y no nacionales).

En este tipo de construcción teórica, el Estado, a través de sus representantes de control (políticos, creadores de opinión y científicos), actúa como salvaguarda de este orden moral regulando un tipo de ética que castiga una mercantilización de cuerpo femenino con fines sexuales, lo que genera en la praxis una mayor indefensión social y vulnerabilidad de las mujeres.

EL CUERPO COMO NEGOCIO: SALARIO E INDUSTRIA EN UN MISMO RECIPIENTE

Un sector importante de la sociedad exige una regulación comercial de los negocios sexuales por parte del Estado.

En este sentido, los discursos *reglamentaristas* y *laboralistas* de la prostitución suponen el reconocimiento de la existencia de dicha actividad. Sin embargo, implican cuestiones diferentes.

La reglamentación indica la existencia de excepciones al derecho penal para aquellos sectores de la industria sexual que cumplan ciertas condiciones. En el caso de las trabajadoras del sexo, estos sistemas suelen imponer controles sociales, policiales y sanitarios obligatorios; es decir, puede traducirse en la instauración de controles periódicos y obligatorios por parte de su médico, el ejercicio en zonas de prostitución libre alejadas de los barrios residenciales y el pago de impuestos especiales por ejercer esta actividad. También supondría fiscalizar los beneficios que generan las actividades económicas de la industria y el comercio del sexo. Normalmente, estos tipos de controles han redundado negativamente en la mujeres, pues han sido vulnerados sus derechos y libertades civiles: libertad de expresión (la palabra de una prostituta no tiene valor), de viajar, de emigrar, de trabajar,

de casarse, de tener hijos, cobertura de riesgo de desempleo, de salud y vivienda, de asociación.

Actualmente, países europeos como Bélgica, Austria y Grecia tienen sistemas legales de corte reglamentarista.

Por su parte, el discurso laboralista supone equiparar los derechos laborales de las prostitutas con los derechos de cualquier otra profesión formalmente reconocida, con la misma protección social y jurídica. La prostitución queda enmarcada en su totalidad como una actividad laboral. Como efecto de este tipo de medidas, el negocio existente en torno a la prostitución deja de criminalizarse, lo que no sólo afecta a las trabajadoras, sino también a las terceras personas que median y tienen relación con este comercio. Estas medidas se aplican en países como Alemania y Holanda.

El sociólogo Ignasi Pons [1995:73-86] expone los componentes que definen la prostitución como un trabajo al señalar que esta actividad reúne todos los requisitos de una transacción comercial, ya que supone la existencia de algunas reglas mínimas del juego, de un aprendizaje paulatino del oficio y de unas condiciones laborales que varían según el tipo de prostitución que se ejerza. Concretando más esta definición, podemos señalar que lo específico de la prostitución es el carácter explícito [Juliano, 2002:24] (intercambio sexual por dinero pactado), la corta duración del contrato (en función de la práctica) y las fuertes connotaciones negativas [Petherson, 2000:54].

Frente a la supuesta “falta de libertad” en la elección de la prostitución como un trabajo, defensores y artífices de esta postura denuncian las condiciones de alienación y cosificación que se dan también en otras profesiones, y cuestionan que se cumpla el principio de libre elección no sólo en el mercado del sexo, sino en general en la mayoría de los trabajos actuales en nuestras sociedades. Para la mayor parte del trabajo no cualificado se parte de los supuestos de que se trabaja por “dinero” y no por satisfacción personal. En general, nadie se plantea que un basurero, un enterrador de muertos o estar interna todos los días y noches conlleven una “realización personal”, pero tampoco una “esclavitud personal”. Sólo en el caso de la prostitución se descarta, tal y como apunta la antropóloga Dolores Juliano [2002:18] “que es una estrategia de supervivencia asumida positivamente y luego de compararla con otras opciones laborales, dentro de una racionalidad económica de optimización de los recursos”. En todo mercado laboral se pone en venta la fuerza de trabajo del cuerpo humano, ya sean los genitales o el cerebro. Ahora bien, hay que reconocer que el estigma aplicado a la comercialización del cuerpo femenino sumado a la sacralización de la sexualidad en Occidente hace que este tipo de trabajo se convierta en algo

marginal y excluyente, a diferencia de otros trabajos que integran y se valoran socialmente. La falta de *capital social* [Bourdieu, 1988:118]² elimina las ventajas de elevados ingresos económicos (capital económico).

¿Quiénes son los actores y fuerzas sociales relacionados con la prostitución que defienden la aplicación del enfoque laboralista ante la prostitución y cuál es su discurso?

Por un lado, la defensa de regular los derechos y la mejora de las condiciones laborales dentro del sector económico del sexo se apoya en la reivindicación de la libertad de decisión sobre la gestión del propio cuerpo, como un negocio autónomo. Este sería el discurso que defienden las trabajadoras sexuales (como ellas se autodenominan): el derecho a obtener unos ingresos, una nómina, comerciando libremente su sexualidad.

A partir de los años ochenta, las investigaciones comienzan a tener en cuenta las opiniones de los movimientos de las trabajadoras sexuales que reclaman sus derechos y autonomía para decidir ejercer esta actividad. Las obras y planteamientos feministas de Gail Petherson [2000], Raquel Osborne [1991] o Carla Corso [2000] se basan en las voces de las propias prostitutas.

En la lista de reivindicaciones elaborada en *el Primer Congreso Mundial de Putas*, las prostitutas reclamaban la regulación comercial en vez de criminal de los negocios sexuales y el esfuerzo de las leyes ordinarias contra el uso de la fuerza, el fraude, la violencia y el maltrato a niños tanto en contextos de prostitución como en cualesquier otros [Petherson, 2000:59].

Las verdaderas protagonistas organizadas en asociaciones de trabajadoras sexuales salen a la palestra para hacer oír su voz y su propio discurso en defensa de sus intereses [Corso, 2000:19] señalando que, si la prostitución es un trabajo como otro cualquiera que se somete a las reglas de la Constitución, entonces quiere decir que el cuerpo femenino es, por consenso general, un objeto en venta en el mercado como cualquier otro objeto.

Entre el *orgullo* del propio oficio y la propuesta de un mundo donde el sexo no se ponga ya a la venta, las prostitutas italianas (también francesas, belgas e inglesas) han constituido unos puntos de referencia internacional para intercambiar información y experiencias, elaborar técnicas de defensa y reclamar nuevas leyes [Corso, 2000:20].

Pere Negre i Rigol recoge también testimonios de prostitutas del barrio chino de Barcelona. Una de sus conclusiones más polémicas es que “hay que confesar que el tono reivindicativo de muchas entrevistas [...], parece corro-

² Pierre Bourdieu [1988:118] “Capital Social: conjunto de relaciones que brindan apoyo a los logros en la escala de honorabilidad, de respetabilidad y prestigio que legitiman el acceso a determinadas posiciones sociales”.

borar la necesidad de esta conquista social pendiente. Las prostitutas se han referido casi siempre a sus prácticas como a ‘un servicio’, ‘un trabajo’, ‘una profesión’, ejercida a veces con cierto orgullo” [Negre i Rigor, 1988:106].

Sin embargo, para este tipo de trabajo, los modelos tradicionales de análisis quedan obsoletos. Para Lin [1995] existen tres indicadores de estatus fundamentales: económicos, políticos y sociales. En el caso de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución, su nivel de ingresos es “aceptable” pues, no sólo les permite pagar sus gastos, sino que frecuentemente son las que “mantienen” a la familia de origen y a la familia con la que viven en España (frecuentemente hijos y/o pareja actual). Si atendemos por indicador político al proceso de toma de decisiones autónoma, de “elegir” en cierta manera como trabajadoras subalternas, tampoco en este punto distaría de otra actividad laboral. Es en el último indicador, como apuntan Dolores Juliano [2002] y Pheterson [2000], entre otros, donde esta actividad no sólo es negada socialmente, sino señalada y marcada como desviada, anormal, degenerada, patológica o cualquier otra terminología utilizada por algunas teorías científicas y movimientos religiosos para recordarnos que la sexualidad tiene unas “normas” aceptables para cada género.

En las relaciones jerárquicas de género hay que tener en cuenta los referentes simbólicos de autoridad y prestigio [Juliano, 2000:29]. La sexualidad es un ámbito preferente para la asignación de posiciones “que estipulan quién es apto para juzgar y juzgarse y quién para ser juzgado. Es desde este último lugar que la mujer habla”.

La utilización del cuerpo y la sexualidad marcan una frontera simbólica que divide a hombres y mujeres: mientras que a *unos* los “engrandece” (aumenta su poder y estatus dentro del grupo) a *otras* las “empequeñece” (disminuye su poder y estatus dentro del cuerpo social). Ellos quedan “limpios” “ensuciando” a ellas.

Estas normas quedan claramente marcadas a través de las distintas formas de control social (leyes civiles o religiosas) y/o presión social (marginación, exclusión, críticas...).

Aunque existe una negación general de la sexualidad tanto para el hombre como para la mujer, nuestra sociedad permite la transgresión de estas normas sólo para hombres, ya que su valoración social no depende de su conducta sexual (ser promiscuo confiere prestigio). Sin embargo, la valoración social de la mujer sigue siendo a través de su sexualidad. Así, el cuerpo femenino se convierte en un área de control regulado externamente y que determina su posición dentro del grupo.

Las prostitutas reclaman el cese del hostigamiento legal de las medidas abolicionistas, ya que desde su punto de vista son estas leyes llamadas an-

tiproxenetas las que atentan contra ellas mismas, su negocio y amigos. El logro de la ciudadanía en nuestras sociedades de mercado abierto, basado en el sistema monetario, se encuentra estrechamente ligado (por no decir que depende) a nuestra inserción al mercado de trabajo que, a través de la obtención del salario, nos permite la integración social en una posición y situación social determinadas. En este contexto, el uso del propio cuerpo supone el medio para conseguir un salario o una nómina si se reconoce como un trabajo y la posibilidad de llevar una vida digna como cualquier trabajador potenciando así su capacidad como actor social.

En este sentido me parece relevante retomar la postura de la Organización Internacional del Trabajo, que: “afirma categóricamente que está fuera de las competencias de la OIT definirse sobre si los países deberían o no legalizar la prostitución [...], y ofrece unas indicaciones para el desarrollo de una toma de posición política: reconocer la variedad de circunstancias que se dan entre las prostitutas y eliminar las abusivas; centrarse en las estructuras que mantienen la prostitución, no en las prostitutas; realización de análisis macroeconómicos útiles para conocer la problemática sanitaria del sector y conocer la extensión de las políticas de mercado relacionadas con el comercio del sexo, así como estudiar la posibilidad de extender la fiscalidad a muchas de las actividades lucrativas asociadas al sector del sexo; examinar también el aspecto sanitario de los hombres que hacen uso de estos servicios” [OIT, 1998:10-14]. Es decir, remite el poder a las instancias sanitarias, algo que no ocurre en otras recomendaciones laborales.

Está en manos de las autoridades sanitarias decidir si el ejercicio de la prostitución trata de un problema de salud pública y actuar en consecuencia; o de un problema laboral, remitiéndolo al ministerio correspondiente e incorporándolo al apartado de salud laboral.

Hasta ahora sólo hemos incidido en uno de los actores que participan en el fenómeno de la prostitución: la mujer. Sin embargo se suele olvidar que el trabajo sexual implica la existencia de otros actores sin los que esta actividad sería imposible: los clientes (utilizo este término para establecer una igualdad lingüística. Hablar de trabajadora sexual implica hablar de clientes. Hablar de prostitutas implica hablar de prostituidores), los intermediarios (proxenetas, chulos y la industria del sexo). Y también es imposible obviar a la sociedad en general: instituciones públicas, privadas, religiosas y los conjuntos sociales en general (administraciones, sindicatos, asociaciones/grupos vecinales en pro y en contra, sanitarios).

La construcción en el imaginario social de la mujer prostituta difiere significativamente de la construcción simbólica del hombre “prostituto” o “gigoló”. Mientras que la mujer prostituta sufre un alto estigma en el

ejercicio de su actividad laboral, su “cliente” queda obviado (incluso “olvidado”) a nivel simbólico dentro de la comunidad y sus medios de control (policiales) y de presión social (al hombre se le atribuyen *necesidades* sexuales que la mujer no tiene o no debe tener).

En el caso de la prostitución masculina heterosexual, es la “cliente” la que está “mal vista” a los ojos de la sociedad ya que “pagar” una sexualidad tradicionalmente es “cosa de hombres” e implica el reconocimiento de una sexualidad negada que altera el “orden” patriarcal.

Sólo la prostitución homosexual masculina (es decir, la más cercana a lo que se construye culturalmente como femenina) adquiere unas consideraciones parecidas (que no iguales) a la prostitución femenina.

Es curioso que de los artículos/monográficos y estudios que he analizado ninguno se ocupe de la prostitución femenina homosexual; ¿quizá las lesbianas no necesitan contratar servicios sexuales? Sin duda sería una interesante investigación.

Son escasos los estudios que presentan el punto de vista de empresarios del comercio del sexo, como ANELA (Asociación Nacional de Empresarios de Locales de Alterne), que aboga por la adopción de medidas reglamentaristas por parte del Estado español. Uno de estos estudios ha sido realizado por el antropólogo José Luis Solana Ruiz, recogiendo las opiniones y posturas de dichos empresarios ante la prostitución.

A grandes rasgos, ANELA se muestra partidaria de prohibir la actividad de la prostitución callejera bajo el lema de mayor higiene o garantías de seguridad adecuadas. Protesta ante las actuaciones legales y policiales en sus negocios y defiende el derecho a ejercer libremente su actividad económica como empresarios. Se sitúan en contra del tráfico de mujeres y de la prostitución forzada. Declaran que no tienen relación laboral con las mujeres que ejercen la prostitución, su actuación se limita a “poner la ‘infraestructura para el sexo en libertad entre adultos’ “. La prostitución que se realiza en sus establecimientos o clubes no les aporta beneficios —según sus declaraciones— de lo que las mujeres obtienen por vender sus servicios sexuales [Solana Ruiz, 2003:114-119].

Lo que parece evidente, en mi opinión, es que si ponen tanto interés en la reglamentación es porque el negocio debe ser muy lucrativo para ellos. Es más, parece “sospechosa” esa lucha contra la prostitución callejera (alegando cuestiones de salud e higiene) cuando ésta es la única de la que ellos no pueden obtener ingresos.

Frente a esto, recientes investigaciones [Oso Casas, 2002; Pons i Antoni, 1999; Medeiros, 2000; Otegui, 1991; Solana Ruiz, 2002; Navarro, 2001] han indicado los aspectos que las trabajadoras sexuales señalan como positivos

en el trabajo de calle: independencia y autonomía en cuanto a ritmo de trabajo/horario; sin tener que compartir sus ganancias, y negociando las prácticas sexuales que están dispuestas a realizar sin presiones.

Obviamente, todo polo positivo tiene un polo negativo. Las trabajadoras sexuales refieren como inconvenientes de trabajar en la calle: la inseguridad (abusos por parte del cliente, robo e insultos), trabajar a la intemperie, falta de discreción, se gana menos que en un club y tienes que pagar una vivienda (no te facilitan el alojamiento y la manutención como en los *Plazas*).

Ciertamente estos inconvenientes existen y hay que poner los medios para amortiguar sus consecuencias. De hecho una legalización supondría una mejora de estas condiciones. Pero hay que tener cuidado al interpretar las peticiones de ANELA, pues, en mi interpretación, su interés no se centra en mejorar las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, sino en defender sus intereses empresariales, alegando cuestiones de salud para lo que son simplemente cuestiones económicas y de poder. En este caso, salud y poder se convierten en un matrimonio perfecto al que los científicos sociales comprometidos hemos de cuestionar.

Si partimos de la idea de que la prostitución es una opción laboral, ha de configurarse en todas las alternativas posibles legales del país, desde la contratación por cuenta ajena hasta el trabajo autónomo, según el interés de la trabajadora y no del empresario.

Bajo este paradigma legaliccionista el país europeo que se suele tomar como ejemplo es Holanda. Sin embargo, las medidas que legalizan el ejercicio de la prostitución son de reciente aprobación, por lo que no existen valoraciones definitivas todavía.

En Holanda se estima que existen entre 25 y 30 mil personas que se dedican a la prostitución y alrededor de 50% son migrantes. Aunque son de procedencias dispares (del sudeste asiático, Europa del Este, África y América Latina), la mayor proporción de mujeres proviene de América Latina. [Los estudios señalan 60% del total de prostitutas que equivale a 9 mil mujeres (Jassen, 1998:9)]. Existen varias formas de prostitución, entre ellas las famosas vitrinas, pero son los clubes los que representan la mayor parte de la industria del sexo en este país, y en menor medida, casas privadas (de citas), en las fincas, servicios de “acompañamiento” y, por supuesto, trabajo de calle.

Pero Holanda también ha tenido su proceso histórico con respecto a este tema. Así, hasta 1911 su política era reglamentarista en la línea de lo anteriormente expuesto en este artículo. En esta fecha se pasó a una política abolicionista *tolerante* con la prostituta e *intolerante* con el proxeneta. Esto significa que permitía el ejercicio de la prostitución de una persona por su cuenta (como expresión de las libertades civiles), pero penalizaba la

explotación de un establecimiento de sexo, o sea, el hecho de dar un lugar a la prostitución.³ Esta actitud frente a la prostitución tenía una traducción directa: las prostitutas ejercían en un ambiente de clandestinidad. La aplicación de estas medidas se hacía bajo el espíritu de *tolerancia* característico de las políticas holandesas: aunque formalmente estuviera prohibida la explotación de la prostitución, en la práctica se toleraba la existencia de locales y negocios dirigidos al comercio sexual: “la policía deja en paz a los establecimientos de prostitución, siempre que allí no se lleven a cabo actividades criminales y no se perturbe el orden público” [Jassen, 1998:13]. Por tanto, la consecuencia negativa terminaba siendo siempre para la mujer, que se hacía más vulnerable y trabajaba en peores condiciones laborales y de vida.

Actualmente, en Holanda la prostitución ha sido despenalizada y se ha iniciado una política legaliccionista, siempre y cuando se trate de una opción voluntaria. Esto supone reglamentar el funcionamiento de los locales, que pasan a ser gestionados como cualquier otro negocio comercial, y, a su vez, supone incorporar la prostitución como una profesión al derecho laboral y considerarla como un trabajo en la industria del sexo. Existen sanciones para aquellos que operan en situación de ilegalidad, tanto para los locales como para las personas extranjeras; de hecho, “para las personas de fuera de la Unión Europea les será imposible obtener autorización para trabajar en la prostitución” [Jassen, 1998:28]. En este sentido, la política de inmigración tiene una importante relación con las medidas que se toman para legalizar la actividad de la prostitución a efectos de no producir discriminación hacia las mujeres extranjeras que trabajan en el sector del sexo. La política de extranjería holandesa limita la entrada de personas procedentes de determinadas nacionalidades (Colombia, República Dominicana y Brasil, entre otras), de manera que si llegan en situación de ilegalidad para trabajar en la industria del sexo en Holanda, permanecerán como ilegales y con la posibilidad de ser enviadas de vuelta a sus países de origen.

Esto es ya una discriminación importante que no se da en otras profesiones, por lo que la lógica que subyace en el fondo, en mi opinión, sigue siendo que la prostitución es algo “especial” que hay que controlar de alguna manera. Y este control suele pasar por las necesidades de los países capitalistas frente a la explotación de los países más pobres; de las necesidades de los hombres frente a las necesidades de las mujeres. Si un país no

³ En el Código Penal holandés, el artículo 250 recoge como delito: “El que deliberadamente adopte como profesión o hábito el dar lugar o promover los abusos contra la honestidad por personas con terceras incurrirá en una pena de cárcel de un año como máximo o una multa de la tercera categoría Regulación posibles efectos inmigración”.

te permite la entrada con un contrato de trabajo sexual y sí con un contrato de trabajo doméstico, seguimos hablando de estigma, de control y no de igualdad real (ni legal) en materia laboral.

EL CUERPO COMO MERCANCÍA Y COMO VÍCTIMA: ¿ESCLAVAS SEXUALES O SEXUALIDAD ESCLAVIZADA?

Para este discurso, la prostitución es siempre una forma de esclavitud sexual. Es una forma de violencia contra las mujeres que atenta contra su integridad y dignidad. En este sentido, la prostituta es la víctima de un proceso que no controla, pues su decisión está limitada por condiciones sociales estructurales (pobreza, marginación, falta de oportunidades, abuso sexual).

Este enfoque se denomina *abolicionista* y defiende la erradicación de la prostitución con medidas legales que no actúan sobre la trabajadora sexual en sí, sino que se dirigen a las personas relacionadas con su organización y explotación. Estas medidas legales penalizan el tráfico y el proxenetismo (coercitivo o no), y a las personas consumidoras de los servicios sexuales. A su vez, defiende la aplicación de medidas que ayuden a la rehabilitación de las víctimas del tráfico y de la prostitución.

Los orígenes del movimiento abolicionista se sitúan en el siglo XIX coincidiendo con los movimientos sociales de lucha por los derechos civiles y el auge de la ciencia, sobre todo en ámbitos como la biología y la medicina. En este siglo, la prostitución es entendida en términos de problema de salud pública, por lo que las mujeres que ejercen la prostitución sufren severas medidas de control sanitario con el fin de *proteger a la población del contagio de enfermedades venéreas*.

Un importante sector feminista se encuadra en estos tipos de políticas. Así, Josephine Butler liderará en sus orígenes el movimiento abolicionista contra la reglamentación de la prostitución, al considerarla como un instrumento que sirve de justificación para la doble moral social al naturalizar las diferencias de género en torno a comportamientos sexuales. Así, dicha "naturalización" permitirá al hombre la satisfacción de una "necesidad biológica" y, por otro lado, culpará a la mujer prostituta de un comportamiento "vicioso".

Esta óptica comenzará a desplazar las medidas reglamentaristas de corte higienista a partir de principios del siglo XX. El Convenio de Naciones Unidas de 1949 sobre tráfico de seres humanos y explotación de la prostitución representa la asunción de una clara postura abolicionista y, aunque no prohíbe específicamente la prostitución, mantiene una postura claramente antirreglamentarista al rechazar "cualquier norma en virtud

de la cual las personas dedicadas a la prostitución tengan que cumplir determinados requisitos". Al mismo tiempo, los Estados que corroboran este convenio "se comprometen a adoptar medidas para la prevención de la prostitución, la rehabilitación y adaptación social de las víctimas de la prostitución" [Gutiérrez, 1986:27]. Además, considera que las personas que ejercen esta actividad lo hacen *siempre* de manera coercitiva (aunque éstas hayan consentido).

Otros convenios de carácter internacional, como el de la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, continúan aplicando los principios abolicionistas. El último simposio internacional sobre prostitución y tráfico de personas con fines de explotación sexual, celebrado en Madrid en el año 2000, defiende también este tipo de política. Así, en su declaración final se recoge una de las principales ideas que define esta postura, el no reconocimiento en ningún caso de la decisión libre y autónoma de la mujer que vende su cuerpo por dinero u otro recurso. Asimismo, se solicita que el tráfico de mujeres incluya las siguientes connotaciones: la "incitación", "sin tener en cuenta el consentimiento de la persona" y "la explotación de la prostitución ajena y todas las formas de explotación sexual" [Javate de Dios, 2001:366]. Es decir, desde esta óptica, la prostitución es *siempre* forzada *independientemente* de la decisión de las mujeres que la ejercen, y se equipara al tráfico de mujeres con fines de explotación. Prostitución es siempre equivalente a esclavitud sexual.

Coherente con este planteamiento, la postura política adoptada por estos movimientos hoy en día supone definir la prostitución como una forma de violencia contra las personas que la ejercen. El *Manifiesto político por la abolición de la prostitución*,⁴ elaborado y firmado por diferentes organizaciones y asociaciones (APRAMP; Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres de Madrid, entre otras) que apoyan la adopción de este sistema en España, defiende que "la prostitución constituye, en todos los casos y circunstancias, una enérgica modalidad de explotación sexual de las personas prostituidas, especialmente de mujeres y menores, y es una de las formas más arraigadas en las que se manifiesta, ejerce y perpetúa la violencia de género". En resumen, la prostitución se considera una faceta más de las manifestaciones de la violencia contra las mujeres.

En este sentido, la opinión de Wassyla Tamzali (directora del Programa para la Promoción de la Condición de las Mujeres en el Mediterráneo de la UNESCO) resulta representativa al considerar la prostitución como un ele-

⁴ Este manifiesto es una petición dirigida a la Comisión Especial de Estudio de la Prostitución, que constituyó el Senado español el 21 de marzo de 2003.

mento de discriminación de la persona por su sexualidad, debido a que en esta actividad el género femenino se convierte en una mercancía:

Es la dignidad de los hombres y de las mujeres la que está en juego y es la definición misma de la sexualidad femenina y de la sexualidad masculina que queda sistematizada por este derecho absoluto de comprar a las mujeres en las aceras [Tamzali, 1997:23].

Defiende que se trata de una cuestión ética: “Ante tal inquietud planteada por las formas bárbaras de la sexualidad (como objeto comercial), tenemos que plantearnos una cuestión de orden moral, ético, es decir, si no hubiera que prohibir la venta de los sexos” [*ibid.*:31]. Es decir, según este planteamiento, es necesario intervenir y poner límites a la libertad de la que goza hoy en día el hombre moderno como consumidor de servicios sexuales, por incurrir el comercio sexual en la violación de los límites de la integridad y dignidad humanas.

Las palabras de Rosario Carralero, miembro de la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres de Madrid, reflejan también esta idea de que el cuerpo femenino se convierte en una mercancía:

La compra del cuerpo de las mujeres presenta enormes similitudes con nuestro comportamiento de consumo [...] La prostituta vende lo que el cliente le compra: un instrumento (su cuerpo) que pueda adaptarse mecánicamente a los deseos o apetencias sexuales del cliente.

Desde esta óptica el modelo de reglamentación opuesto al abolicionista supone organizar “la venta del cuerpo de las mujeres”, legitimar el “mercado de cuerpos femeninos destinados a la población masculina para su consumo individual con fines sexuales” [Carralero, 2002: conferencia]. La prostitución desde la óptica abolicionista “no puede ser considerada un trabajo más, pues existe una diferencia fundamental entre vender la fuerza-trabajo y mercantilizar el propio cuerpo (la sexualidad y ser mujer)” [Miura, 1991: conferencia].

Detractores de esta postura señalan que prostituirse es sólo un intercambio de servicios sexuales por dinero. No se vende el cuerpo, ni la persona, se venden sólo servicios sexuales. Es más, negar a las personas capacitadas la gestión de su propio cuerpo favorece la explotación de mafias y fuerza a la clandestinidad.⁵

¿Qué significación adquiere entonces el cuerpo femenino según esta postura abolicionista? El de “objeto” de consumo. Y convertir la sexualidad

⁵ Notas recogidas en varias entrevistas realizadas a trabajadoras sexuales en el trabajo de campo en los años 2003, 2004 y 2005 por la autora de este artículo.

femenina en un objeto comercial atentaría contra la integridad y dignidad de las personas. El cuerpo es el elemento de discordia, significa una cuestión no aceptable moralmente, la sexualidad de las mujeres no puede ser objeto de compra-venta como otro producto de consumo.

Tal y como he señalado antes, otra de las ideas fundamentales de esta postura es que no entiende en ningún caso que la prostitución pueda ser una opción o estrategia por parte de la mujer. Para estas teóricas la prostituta es siempre una *víctima* cuya capacidad de decisión se encuentra limitada por unas condiciones sociales estructurales (pobreza, marginación, falta de oportunidades, abuso sexual). Las mujeres que deciden prostituirse están en su mayoría marcadas por su situación de exclusión y por actos de violencia: “la prostituta no puede ser penalizada, pues es víctima de un proceso que no controla” [Barahona, 2002: conferencia; 2001:208].

En resumen, según los planteamientos abolicionistas, la prostitución es siempre forzada, las mujeres que escogen ejercer la prostitución no responden a una decisión libre sobre su propio cuerpo —aunque ellas así lo manifiesten—, pues siempre es una decisión condicionada por sus circunstancias sociales, marcadas por la exclusión y la violencia. Por tanto, la prostituta es una víctima indefensa a la que hay que rehabilitar —quiera ella o no quiera—. El Estado se convierte en “salvador” de las prostitutas ofreciéndoles “alternativas” rehabilitadoras (normalmente la limpieza de casas). Y para aquellas que no deseen este tipo de rehabilitación no habrá compasión: terminarán siendo perseguidas y culpabilizadas, acusándolas de estar “enviciadas” en ganar dinero.⁶ Es decir, la motivación económica que se considera legítima en cualquier otro colectivo se lee en ellas como perversión [Juliano, 2002:28] o como patología que debe ser tratada profesionalmente.

Frente a estas posturas, muchas son las críticas y replanteamientos de científicos y, especialmente, de las propias trabajadoras sexuales, tal y como lo he expuesto.

Hay una mayoría de países del contexto europeo que han adoptado una legislación abolicionista, entre ellos están Portugal, Francia, España y Suecia. Este último país es el primero que aplica medidas abolicionistas que penalizan a los clientes o demandantes de la prostitución. A. Gould describe el proceso por el que se aprueba en Suecia, en 1999, la ley denominada *Sexköpstag*, que regula la compra y venta del sexo penalizando al

⁶ Notas recogidas en el trabajo de campo tanto en observación participante como en entrevistas realizadas a profesionales sanitarios, de servicios sociales, de ONG y policía en los años 2004 y 2005 por la autora de este artículo.

consumidor. Este autor plantea que Suecia se enfrenta a una contradicción: ¿un país modelo en la aplicación de políticas de igualdad de género puede aceptar el derecho de las mujeres a vender sus cuerpos? ¿Sería inaceptable la opinión liberal de que las prostitutas deben tener derecho a trabajar en el ámbito del sexo porque estos argumentos legitiman la industria del sexo? Para Gould, la posición adoptada por la legislación sueca es producto del “pánico moral” a consecuencia de la creencia de que la prostitución siempre es forzada y las prostitutas son siempre víctimas de la violencia. Este autor señala que se trata de la aplicación de líneas restrictivas (antiliberales) de actuación política y que se debería optar por políticas pragmáticas que primen la reducción del daño y la normalización de una serie de temas sociales. Tras dos años de aplicación de esta ley, los datos reflejan unos resultados no satisfactorios, ya que se dificulta su aplicación y ha supuesto el aumento de la vulnerabilidad de las prostitutas, además de significar la negación por parte del Estado del control sexual de las mujeres sobre su propio cuerpo [Gould, 2002:6-21].

Otro caso relevante como país con un sistema legal abolicionista es España. Aunque es en 1935 cuando deroga la legislación que prohibía la prostitución, será a partir de mediados del siglo pasado cuando el Estado adopte dichas medidas de carácter abolicionista al ratificar el convenio internacional de Naciones Unidas de 1949 y elaborar su propia legislación interna a partir de 1956.⁷

Esta postura en España se apoyará en la defensa de la dignidad de la persona que la Constitución recoge en los artículos 10 y 15, y en la ratificación de los convenios internacionales (de represión del tráfico de personas y de la explotación de la prostitución ajena y el convenio sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer).

Las últimas reformas del Código Penal español que datan de 1999 también sostienen y reproducen este marco teórico. Dichas reformas legales son descritas por algunas juristas como medidas con una fuerte carga moral de índole religioso:

La legislación producida pretende salvaguardar la moralidad pública, la honestidad, el honor, el pudor, en aras de una determinada concepción cristiana de la mujer que desde el punto de vista ideológico resulta contraria a la verdadera liberación como ser adulto y responsable que es [Dolz Lago, 1986:18].

También se ha manifestado la incoherencia entre ley y realidad: aunque pretenda no perseguir la prostitución en sí, en la práctica,

⁷ Año en que se aprueba el Decreto-Ley sobre la “abolición de centros de tolerancia y otras medidas relativas a la prostitución”.

la legislación española se puede inscribir más dentro de un sistema prohibicionista que prohíbe y castiga la prostitución que como un sistema abolicionista, puesto que no existe en contra una clara política de erradicación de la prostitución [Gutiérrez, 1986:28].

Para la socióloga Raquel Osborne, la política de corte abolicionista en España se traduce en que

teóricamente se persigue el proxenetismo pero no la prostitución en sí, cuyo ejercicio, no reconocido como tal, queda así envuelto en una nebulosa legal que conduce, en la práctica, a una situación de tolerancia sobre la que no obstante siempre cabrá actuar de modo represivo cuando interesa hacerlo por las razones que sean [Gutiérrez, 1986:110].

Algo que queda patente en las calles madrileñas donde la lucha contra la prostitución se ha convertido en una lucha contra la inmigración femenina.⁸ Se tolera ser *puta* (si lo quieres dejar) pero no se te tolera ser *mujer migrante* en nuestras calles. La veda ha quedado abierta.

EL CUERPO COMO PODER

En la actualidad y desde las últimas décadas del ya pasado siglo xx, se vienen delineando otras posturas y enfoques para tratar la prostitución de las mujeres. Desde ramas diversas del pensamiento feminista se da un acercamiento a los movimientos reivindicativos de las trabajadoras sexuales por el reconocimiento de sus derechos.

El enfrentamiento entre regular o abolir la actividad de la prostitución toma nuevos caminos desde posturas feministas alternativas. Las obras de autoras como Gail Petherson, Raquel Osborne, Judith Walkowitz, Cristina Gaizabal, Dolores Juliano o Laura M^a Agustín perfilan nuevas formas de entender la prostitución y suponen una nueva mirada ante este fenómeno.

La socióloga Raquel Osborne cuestiona: “¿Quiénes somos nosotras (ni nadie) para juzgar moralmente más degradante la venta del cuerpo por dinero que la venta del alma por los mismos motivos, como hacemos la mayoría de los mortales cotidianamente?” [Osborne, 1989:115]. Aunque la prostitución sea entendida como un producto de la desigualdad social estructural entre hombres y mujeres, esto no significa que haya que mirar hacia otro lado y no reconocer su existencia ni las condiciones sociales y laborales en que se desarrolla ni las reivindicaciones de los derechos de estas mujeres.

Frente al abolicionismo que niega la voluntariedad a las trabajadoras sexuales relegándolas a la categoría de víctimas de violencia, estas autoras

⁸ Interpretación de la autora desde el trabajo de campo durante dos años y medio.

critican sus efectos, que ocultan y distorsionan la realidad de las prostitutas y las estrategias y vivencias materiales utilizadas para conquistar su autonomía. Desde las filas de algunas teóricas feministas del empoderamiento, se critica cómo este discurso está impregnado de moral puritana al no reconocer la categoría de trabajo a la actividad de la prostitución por incluir el componente del sexo. Su discurso incluye también una crítica a las instituciones sociales legitimadas para las relaciones sexuales entre hombres y mujeres (como el matrimonio y el noviazgo), ya que también podrían ser consideradas en términos de un intercambio económico por servicios sexuales y domésticos. Por ejemplo para G. Petherson, la “diferencia legal entre matrimonio y prostitución es la diferencia entre la apropiación pública y privada de las mujeres” [Petherson, 2000:21]; se trataría de servicios sexuales, tanto dentro de un contexto socialmente legítimo como ilegítimo.

Esta autora centra el problema en el estigma social del que es objeto la prostitución femenina, afirmando que “el estigma de puta, aunque se dirige de forma explícita hacia las mujeres prostitutas, controla implícitamente a todas las mujeres” [Petherson, 2000:16].

Desde esta perspectiva, el estigma de puta es una construcción social que obedece a procesos de racionalización de la dominación que ejercen determinados sistemas sociales sobre otros (en este caso, las representaciones sociales masculinas sobre las femeninas), de manera que “las actividades asignadas a la mujer resultan perfectamente compatibles con las estructuras comunes de dominación masculina” [Petherson, 2000:32]. La prostitución actúa entonces como un

regulador institucionalizado de los preceptos de género ante cualquier conducta transgresora por parte de las mujeres o de personas identificadas como mujeres dentro de un contexto, dado que puede suscitar el estigma de “prostituta” y de “puta” y sus consecuencias punitivas [Petherson, 2000:36].

Una postura similar es la defendida por Dolores Juliano, que centra el problema en general en los modelos sociales construidos y, en especial, en las conductas sociales entendidas como adecuadas para las *buenas* mujeres. A su vez, esta autora también reafirma el potencial de autonomía que supone la gestión y el control sobre el propio cuerpo femenino: “el estigma de la prostitución sirve para desalentar los intentos de autonomía económica de las mujeres y actúa como trasfondo de la incomodidad masculina para compartir la vida con mujeres que tienen éxito” [Juliano, 2003:182].

Esta autora plantea, al igual que G. Petherson, que

la estigmatización social de la prostitución está ligada preferentemente a la construcción de los roles de género, canaliza la desconfianza y agresividad so-

cial hacia la sexualidad femenina y mantiene su vigencia por la funcionalidad que posee para controlar la conducta social y sexual de las mujeres no prostitutas, al tiempo que sirve para neutralizar el potencial cuestionador que puede extraerse de cualquier práctica marginalizada [Juliano, 2003:172].

A mi entender, resulta relevante recoger las implicaciones que tiene esta mirada sobre la prostitución, pues supone cuestionarse la actual política sobre el tráfico de mujeres y su relación con el fenómeno de la inmigración. Así, este prisma de la prostitución camuflaría los diferentes ámbitos que ejercen control social sobre las mujeres, por ejemplo, en el caso de las políticas de empleo: “el estigma de puta es una cómoda herramienta de represión estatal para las democracias modernas”, oculto bajo la tolerada mirada sexista, “las mujeres que migran de los países pobres a los ricos pueden ser acusadas automáticamente de prostitución, sea cual sea su actividad como excusa para su expulsión o como control de los métodos de entrada [Petherson, 2000:27].

Según este enfoque teórico, el punto de mira no ha de centrarse en la actividad de la prostitución en sí, sino en las reivindicaciones de las mujeres que la ejercen (sus necesidades e intereses percibidos por sus protagonistas) y en el análisis de las construcciones sociales relacionadas con el sexo. Plantea como problema principal de las trabajadoras sexuales el estigma social que recae, no sólo sobre ellas, sino que sufre el sexo femenino en su totalidad como forma de control social.

Desde esta óptica, las estrategias de actuación serían la consideración de la prostitución como trabajo, así como la eliminación del estigma social, es decir, actuar

contra las murallas que dividen a las mujeres [...]. Lo que es funcional para el sistema es precisamente la estigmatización, que aísla y debilita al colectivo de las trabajadoras sexuales, impidiéndoles manifestarse e imponer sus problemas y reivindicaciones [Juliano, 2003:195].

Ciertamente es una nueva manera de mirar *debajo de la alfombra donde la sociedad esconde sus desechos* [Juliano, 2002:147] aunque no podemos olvidar, en mi criterio, que la prostitución es consecuencia de la subordinación social y económica de las mujeres y tendería a perpetuar el sistema normativo hegemónico. En este sentido, la prostitución no genera un nuevo marco para la sexualidad, sino que reproduce y magnifica el existente.

Y otro punto diferente es que la gestión del propio cuerpo como negocio pueda suponer una mayor protección y derechos a estas mujeres. En último término, el derecho laboral fue concebido como una fórmula de protección para los trabajadores. Por tanto, al elevar a estas mujeres a esta

categoría las estamos dotando de un armamento legal con que defenderse, tanto de empresarios como de clientes y de mafias; sin victimizarlas ni infantilizarlas.

Pero no debemos confundir, como antropólogos críticos, estrategias de supervivencia con estrategias de resistencia. Y en mi investigación he podido encontrar de los dos tipos; aunque ese análisis sería objeto de otro artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Barahona, M^a José

- 2001 *Tipología de la prostitución femenina en la Comunidad de Madrid*, [s.a.], Madrid.
 2002 Ponencia titulada "Prostitución: desde ayer hasta hoy", en Jornadas sobre "Prostitución: debate y propuestas para la intervención municipal" Fuenlabrada 12 y 13 de junio.

Bourdieu, Pierre

- 1988 *La distinción*, Madrid, Taurus.

Carralero, Rosario

- 2002 Ponencia titulada "Abolicionismo y Reglamentarismo", en Jornadas sobre "Prostitución: debate y propuestas para la intervención municipal", Fuenlabrada.

Corso, Carla; Sandra Landi

- 2000 *Retrato de intensos colores*, Madrid, Talasa.

De Paula Medeiros, Regina

- 2000 *Fantasías y realidad en la prostitución: SIDA, prácticas sexuales y uso de preservativos*, Barcelona, Virus.

Dolz Lago, M. J.

- 1986 "La prostitución ante el derecho penal sexual", en *Debates sobre la prostitución*, Valencia, pp. 16-18.

Gould, Arthur

- 2002 "La ley sueca sobre prostitución", en *RTS*, Revista de Treball Social, núm. 167, Barcelona.

Gutiérrez, Purificación

- 1986 "Legislación comparada y convenios internacionales sobre prostitución", en *Debates sobre la prostitución*, Valencia.

Ignasi Pons i Antón

- 1992 *La cara oculta de la luna: condiciones de vida de las prostitutas en Asturias*, tesis doctoral, Barcelona, Universitat de Barcelona.
 1995 "Prostitución: lugares y logos", en Tobío, Constanza y Denche, Concha (Eds.), *El espacio según el género, ¿uso diferencial?*, Madrid, Universidad Carlos III; Consejería de la Presidencia, Dirección General de la Mujer, pp. 73-86.
 1999 "El enmascaramiento pseudocientífico del moralismo en el debate actual sobre la prostitución", en *Historiar*, revista trimestral de historia, núm. 2, Barcelona.

Jassen, Marie Louise; Fanny Polonia Molina

1998 *No pensé que esto me fuera a pasar a mí: mujeres latinoamericanas en Holanda*, Santa fe de Bogotá, Fundación Esperanza.

Javate de Dios, Aurora

2001 "Directora de la Coalición contra el Tráfico de Mujeres", en *Simposio Internacional sobre Prostitución y Tráfico de Mujeres con Fines de Explotación Sexual* (actas), Madrid, Comunidad de Madrid, Dirección General de la Mujer.

Juliano, Dolores

2002 *La prostitución: el espejo oscuro*, Barcelona, Icaria.

2003 "Prostitución: el modelo de control sexual femenino a partir de sus límites", en Guasch, Oscar; Raquel Osborne (Comps.), *Sociología de la sexualidad*, CIS, DL.

Miura, Asunción

1991 "Abolicionismo, integración y propuestas sobre la prostitución", en *Debate y propuestas del movimiento feminista*, Madrid, folleto de las ponencias de la Mesa Redonda sobre prostitución del 1 de octubre.

Navarro, Vicenç

2001 *Anàlisi de la prostitució femenina a Catalunya: Propostes executives i legislatives per a millorar una situació problemàtica*, Barcelona, Institut Català de la Dona.

Negre i Rigol, Pere

1988 *La prostitución popular: relatos de vida. Estudio sociológico biográfico*, Barcelona, Fundación La Caixa.

oit

1998 La industria del sexo: los incentivos económicos y la penuria alimentan el crecimiento, en *Trabajo*, núm. 26, <http://www.ilo.org/public/spnish/bureau/inf/magazine/26/sex.htm>

Osborne, Raquel

1988 "Debates actuales en torno a la pornografía y a la prostitución", en *Papers*, revista de sociología, núm. 30, Barcelona.

1989 *Las mujeres en la encrucijada de la sexualidad. Una aproximación desde el feminismo*, Valencia, La Sal.

1991 *Las prostitutas: una voz propia*, Barcelona, Icara, DL.

Oso Casas, Laura

2002 "Estrategias migratorias de las mujeres ecuatorianas, colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución en Galicia y Pamplona", en *Actas del II Congreso sobre la inmigración en España*, Madrid.

Otegui, Rosario

1991 "Antropología y Educación para la Salud", el uso del preservativo en la prostitución callejera", en *Jano*, Madrid.

Petherson, Gail

2000 *El prisma de la prostitución*, Madrid, Talasa, DL.

Solana Ruiz, José Luis

2002 "Cuestionando estereotipos sobre las mujeres prostitutas", en *Gaceta de Antropología*, núm. 18.

2002 "Exploraciones etnográficas sobre prostitución de mujeres inmigrantes", en Rodríguez, Carmen (Coord.), *Mujer, trabajo y Estado. Cuatro estudios*

sobre mercado laboral, patriarcado público, Estado del bienestar y prostitución de mujeres inmigrantes, Jaén, Ediciones Negrón Chico.

2003 *Prostitución, tráfico e inmigración de mujeres*, Granada, Comares.

Wassyla Tamzali

1997 Conferencia: la prostitución femenina en la Europa de hoy: cómo responder a esta cuestión: Madrid, 17 de diciembre de 1996. Comunidad Autónoma, Dirección General de la Mujer, DL.

MISCELÁNEA

Sífilis venérea: realidad patológica, discurso médico y construcción social. Siglo XVI

Erika Gretchen Almady Sánchez

Escuela Nacional de Antropología e Historia

RESUMEN: *En el presente artículo se expone el discurso médico como eje de análisis para justificar la construcción social de la enfermedad, pues se considera que éste valida y legitima socialmente las explicaciones que se formulan a partir de la enfermedad como fenómeno biológico. Este es el caso de la sífilis venérea, que en los últimos años de los siglos XV y XVI prolifera en la América recién descubierta y en Europa.*

ABSTRACT: *The present article exposes medical discourse as an analysis axis to justify disease's social construction, as it is considered to socially validate and legitimate explanations that are formulated from the disease as a biological phenomenon. Such is the case of venereal syphilis, which in the last years of XV and XVI century proliferates in Europe and the recent discovered America.*

PALABRAS CLAVE: *Sífilis venérea, enfermedad, discurso médico, construcción social.*

KEYWORDS: *Venereal syphilis, disease, medical discourse, social construction.*

INTRODUCCIÓN

Definir el concepto de enfermedad puede resultar complejo debido a la gran variedad de marcos teóricos desde los cuales puede analizarse: la medicina, la historia de la ciencia, la sociología, la antropología, la filosofía, etcétera. Por ello, este trabajo se basa en entender la enfermedad como un fenómeno biológico que adquiere significado a través de la cultura, ya que el individuo, la sociedad y la ciencia lo determinan, lo valoran, lo simbolizan, dando como resultado una construcción social en la que, a partir de las cualidades específicas de cada enfermedad, las personas la interpretan y moldean sus conductas como pacientes de ésta o en relación con el enfermo.

Por otro lado, según Hays [2003], la enfermedad puede analizarse desde dos perspectivas básicas; primero, como una entidad nosológica o realidad patológica y, segundo, como una construcción social. Ambas entidades no pueden considerarse estáticas dado que una se elabora en función de la otra, por lo que la enfermedad también puede ser entendida como una realidad construida [Márquez, 1994]; es decir, la realidad patológica se puede definir como el hecho biológico de la enfermedad, en el cual los microorganismos evolucionan y los síntomas pueden cambiar, ya que el medio ambiente crea o inhibe factores de resistencia, como sucede en el cuerpo humano, mientras que la construcción social, o la interpretación sobre su existencia, se genera a través del marco cultural en el cual se encuentra inserto el enfermo, además de los efectos políticos, sociales, económicos y demográficos que la enfermedad produce.

Aquí se pretende agregar una categoría más de análisis: el discurso médico, pues considero que la medicina funge como el hilo que une, explica y legitima el fenómeno biológico y la construcción social.

La medicina ha sido por antonomasia la ciencia encargada del estudio de las enfermedades, por lo menos hasta la primera mitad del siglo xx, las cuales considera fenómenos biológicos que ocurren a un ser vivo. La literatura perteneciente a este periodo se enfocó básicamente a ello, otorgando una importancia menor o nula a los efectos que las diferentes enfermedades tenían en las estructuras sociales de las poblaciones.

En la actualidad, las ciencias sociales le han dado al estudio de las enfermedades una visión un tanto más abarcadora, en la que se trata de entender la forma en que un fenómeno biológico es representado en términos culturales y sociales; tal es el caso de la antropología física.

El objetivo de este artículo es analizar cómo la medicina trató de ajustar su discurso a lo que se consideró durante el siglo xvi una nueva enfermedad y cómo este discurso repercute de forma directa en el modo en el que la enfermedad se interpreta. Así, el eje de análisis que se presenta gira en tres direcciones: la enfermedad como realidad patológica, la enfermedad en el discurso médico y la enfermedad como construcción social, de las cuales la segunda categoría es la que le da forma y sentido a la interpretación sobre su existencia.

SÍFILIS VENÉREA: REALIDAD PATOLÓGICA

La sífilis venérea, como entidad nosológica, tal y como la conocemos actualmente, lejos de ser intemporal, hay que considerarla dentro de un marco de fases históricas y trayectorias condicionadas por factores ecológicos e inmunológicos, mutaciones, microevoluciones, etcétera, en donde la en-

fermedad ha adoptado formas distintas a consecuencia de los cambios que diferentes condiciones ambientales producen en la relación entre el germen patógeno y el cuerpo humano [López Piñero, 2002].

Asimismo, no es posible asegurar que la evolución biológica de todos los organismos es igual a la de los humanos debido a que las presiones ambientales no actúan de igual manera sobre todos los seres vivos, por lo que resulta difícil saber cómo se manifestaban los elementos patógenos en el cuerpo humano en el pasado. Para ello es posible la utilización de fuentes históricas que nos faciliten el entendimiento de los síntomas de algunas enfermedades.

En la actualidad, la sífilis venérea se caracteriza por las lesiones que provoca: chancros y erupciones que afectan piel y membranas mucosas, con largos periodos latentes, además de que las lesiones que se producen en etapas avanzadas afectan piel, órganos internos, sistema nervioso central, cardiovascular y huesos en la mayoría de los casos.

El contagio de la sífilis venérea ocurre por contacto directo con exudados infectados de las lesiones primarias localizadas en la piel y membranas mucosas, y por medio de líquidos orgánicos y secreciones como lo son la saliva, el semen, sangre y secreciones vaginales, es decir, principalmente por contacto sexual; además, también existe el contagio vía placentaria, que ocurre cuando las bacterias traspasan la placenta y el feto adquiere la enfermedad, la cual se conoce como sífilis congénita [Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998].

La sífilis venérea es producida por una espiroqueta llamada *Treponema pallidum sp. pallidum*, la cual penetra a través de la mucosa sana o de piel erosionada y rápidamente se disemina en el organismo, lo que provoca que desde las primeras etapas la infección sea sistémica [Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998; Powell y Cook, 2005].

Berkow y Fletcher [1994]; Aufderheide y Rodríguez-Martín [1998]; Powell y Cook [2005]; Steinbock [1976], y Ortner y Putschar [1981] dividen la evolución clínica de la sífilis venérea o adquirida en cuatro periodos principales:

1. Sífilis primaria: el periodo de incubación del *T. p. sp. pallidum* oscila entre 1 y 13 semanas, durante el cual las bacterias viajan a través del torrente sanguíneo y por el sistema linfático; mientras tanto, en el lugar de contagio aparece una fístula que va erosionando hasta convertirse en una úlcera indolora; esta lesión o chancro no sangra, pero segrega un líquido seroso. Se cura espontáneamente después de algunas semanas de adquirida la infección.
2. Sífilis secundaria: aparecen erupciones cutáneas entre las 6 y 12 semanas después de contraer la infección, que alcanzan su mayor desarrollo entre los 3 y 4 meses. Algunos síntomas son lesiones mucocutáneas,

trastornos linfáticos generalizados y lesiones oculares, óseas, articulares, meníngeas, renales, hepáticas y esplénicas, así como malestar general, cefalea, anorexia, náuseas, dolor óseo, fatiga, úlceras en la cavidad orofaríngea, linfadenopatía generalizada, laringitis, pérdida de peso, pérdida de cabello, etcétera.

3. Sífilis latente: este estadio es probablemente el más peligroso, ya que todas las lesiones cutáneas desaparecen y el individuo puede creer que se ha curado, la enfermedad sólo es detectable mediante una prueba serológica. La sífilis latente se divide en dos, latencia precoz y latencia tardía, de acuerdo con el tiempo que transcurre desde que se inicia.
4. Sífilis terciaria o tardía: las lesiones que se presentan en este estadio se pueden describir clínicamente como:
 - Sífilis terciaria benigna: se caracteriza por una degeneración progresiva y crónica de los centros de movimiento, debido al estrés fisiológico ocasionado por la enfermedad.
 - Sífilis cardiovascular: se produce la obliteración progresiva de los vasos que nutren la aorta; como consecuencia se genera una aortitis que produce un aneurisma que puede causar la muerte.
 - Neurosífilis meningovascular: afecta toda la corteza cerebral y produce la inflamación de los vasos sanguíneos de las meninges, el cerebro y la espina; los síntomas clínicos son cefalea, mareos, falta de concentración, insomnio, rigidez en la nuca, visión borrosa, además hay parálisis de los pares craneales. Cuando se afecta la médula espinal aparecen debilidad e hipertrofia de músculos de brazos y hombros, paraplejia progresiva, mielitis transversa con paraplejia flácida —que se presenta bruscamente— y pérdida de control de esfínteres, entre otros síntomas.
 - Neurosífilis parenquimatosa: suele llegar a los 30 años después del contagio; con ella se produce la destrucción de las células nerviosas de la corteza cerebral, lo que consecuentemente genera la llamada demencia sifilítica. Además, debido a la destrucción de las estructuras espinales se produce una serie de deficiencias locomotoras y sensoriales: pérdida de la noción de distancia, tiempo y movimiento, así como de la sensación de temperatura; impotencia, incontinencia, parálisis general, etcétera.

Esta es, a grandes rasgos, la forma en que actualmente se desarrolla la sífilis venérea, pero ¿eran los mismos síntomas durante el siglo XVI?, ¿podía la gente llegar a desarrollar la enfermedad hasta la última etapa? Por otro lado, ¿qué explicación daba la medicina ante la abrupta proliferación

de la enfermedad?, ¿cuál era la terapéutica utilizada para su cura? Estas son algunas preguntas que trataré de responder.

SÍFILIS VENÉREA: DISCURSO MÉDICO

Durante los últimos años del siglo xv y el xvi, la sífilis venérea fue considerada una enfermedad “nueva”. Sin abordar el tan polémico tema sobre las teorías que explican su origen, es importante mencionar que su agudeza y acelerada propagación provocaron un desconcierto total en las poblaciones tanto de la América recién descubierta como de Europa. No se sabía nada de sus síntomas y la medicina clásica nada mencionaba sobre ella, en consecuencia no se conocía cómo enfrentarla; además, esta enfermedad marca una pauta importante en el desarrollo de la ciencia médica de los siglos xvi al xviii, ya que las teorías hipocraticogalénicas¹ en boga buscaron ajustar sus principios y técnicas a entenderla y curarla. Muchos fueron los nombres que se le dieron a la sífilis: mal venéreo, mal francés, mal napolitano, mal gálico, *pox*, *pudendagra*, etcétera; los más hacían referencia al lugar de donde se atribuía su origen.

Los primeros escritos médicos que se hacen sobre la sífilis sólo describían casos de enfermos, aún se encontraban lejos de insertarse en el discurso médico de la época. Uno de los primeros de los que se tiene referencia es *Tractus cum consiliis [contra] Pudendagram, seu morbum Gallicus*, publicado en 1497 por Gaspar Torella, en el que relata las observaciones que hizo a cinco víctimas de la “cruel enfermedad”. Una de ellas fue Nicolas Valentius, un joven de 24 años que en el mes de agosto tuvo relaciones sexuales con una mujer que tenía *pudendagra*; Valentius se infectó y primero le brotaron úlceras en el pene, acompañadas por endurecimiento del tejido; a los seis días, las úlceras desaparecieron, pero comenzaron fuertes dolores, sobre todo por la noche, en la cabeza, cuello, hombros, brazos y piernas. Después de diez días esas áreas se llenaron de pústulas con costra y los dolores y la erupción continuaron. En cuatro meses se comenzó a recuperar. Luego aparecieron nodos en sus extremidades, que sanaron después del uso de tratamientos purgantes, sangrías, sudoraciones, lavados con resinas, pastillas hechas con celidonia² y aloe [Quétel, 1992:20].

¹ Estas teorías se basan en la idea de que las enfermedades son causadas por un desequilibrio en los humores del cuerpo (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra): cuando alguno de estos elementos es alterado, por deficiencia o exceso, se produce la enfermedad. La terapéutica correspondiente consiste en tratar de restablecer dicho equilibrio.

² Hierba abundante en la Península Ibérica con gran contenido de alcaloides, por lo que resulta altamente tóxica, a la que se le han atribuido propiedades curativas.

En esta descripción se puede observar que el enfermo pasó por estadios muy similares a los que presentan los sífilíticos en la actualidad, pero en un lapso de tiempo menor. Ahora bien, la asociación entre los tratamientos utilizados y la desaparición de los síntomas puede deberse a que el enfermo haya entrado a la segunda etapa de la enfermedad (latencia) en que ya no hay signos y la persona puede creer que se ha curado.

En 1500, Torella escribe *Dialogus de dolore, cum tractatu de ulceribus in pudendagra evenire solitis*, en el cual explica que la parte de la piel que se encuentra en contacto con la pus del pudendagra se contamina, y que los órganos genitales son los más afectados; además, Torella observó que los bebés amamantados por mujeres sífilíticas sufrían infecciones en la boca y cara. Finalmente dice que “esta substancia maligna, por su virulencia y poder corrupto, afecta todo lo que lo toca y lo convierte en la misma substancia” [Quétel, 1992:20].

En 1502, Juan Almenar, médico y astrónomo, publicó un breve escrito sobre la enfermedad francesa, en el cual explica que generalmente se transmite a través del coito, pero también por besos, por la lactancia materna y por el aire corrompido. Almenar es de los primeros doctores que le dan una explicación coherente al discurso médico de la época, ya que al examinar la primera úlcera en el pene de un paciente, los dolores de cabeza y articulaciones que éste sentía los explicó con base en la teoría de los humores: las úlceras pequeñas y amarillas ocurrían por un exceso de bilis; los dolores, por la flema y las costras ulcerosas, por la bilis negra [Quétel, 1992; Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998]. Para Almenar, la mejor forma de curar esta enfermedad era, siguiendo la tradición hipocraticogalénica, por medio de la dieta, una higiene adecuada y laxantes; pocos años más tarde estuvo a favor del uso del mercurio.

Poco a poco empezaron a aparecer numerosos escritos que hacían referencia a la nueva enfermedad, la literatura médica y popular proliferó, siempre enfatizando el rol del acto sexual en la infección, por lo que las primeras recomendaciones giraron en torno a ello; por ejemplo, Gilino de Ferrara, en 1497, decía: “La enfermedad es contagiosa, por lo que se recomienda evitar cualquier forma de contacto íntimo con una mujer que ha sido infectada por este peligroso padecimiento” [Quétel, 1992:22]. Por su parte, Almenar decía que después del acto sexual tanto el hombre como la mujer debían lavar meticulosamente sus genitales con agua caliente o vino usando ropa limpia, pero, sobre todo, había que evitar utilizar las toallas con que las prostitutas se limpiaban porque esas eran las más contaminadas; si a pesar de hacer esto aparecía una mancha en el pene, se tendrían que preparar mezclas de plantas y vino para rociarlo sobre la parte afectada junto con polvos hechos de oro o plomo, entre otros.

Torella también propuso remedios para curar esta enfermedad; él decía que si el pene estaba ulcerado e infectado, tenía que ser lavado con jabón, o bien, debía desplumarse y desollarse un gallo o una paloma y poner el pene ulcerado dentro de la carne tibia; si esto no era posible, había que cortar un sapo vivo en dos y hacer lo mismo. Este tipo de remedios se siguieron utilizando hasta el siglo XVIII y estaban relacionados con el discurso hipocaticogalénico, ya que se pensaba que la carne sangrante de un animal tenía el calor vital suficiente para dispersar y consumir la corrupción del miembro masculino [Quétel, 1992].

En los renglones anteriores se pueden notar dos puntos importantes: por una parte, los tratados médicos estaban enfocados a curar la enfermedad en el hombre, y por otro, las mujeres estaban estrictamente confinadas al rol contaminador.

Después del año 1500 hubo un auge de publicaciones tanto de orden médico como popular sobre la sífilis. Una de las descripciones más completas sobre esta enfermedad fue la realizada por Juan de Vigo en 1514, quien pone especial hincapié en el orden en que los síntomas aparecen: la enfermedad comienza con la aparición de una pústula en el área genital, la cual podía ser morada, negra o blancuzca y se encontraba rodeada por una especie de callosidad; a los pocos días, esta lesión sana pero el cuerpo se llena de verrugas y protuberancias, con lo cual el enfermo experimenta fuertes dolores en las extremidades y las articulaciones. Después de algunos meses aparecen tumores purulentos que hacen que los dolores se intensifiquen sobre todo por las noches; dichos tumores destruyen los huesos de la cara, la nariz y el paladar, mientras que los brazos y las piernas se dañan permanentemente [Cartwright y Biddis, 1988; Quétel, 1992].

Conforme se fue observando lo grave que era la enfermedad se fueron implementando remedios cada vez más fuertes para curarla; tal es el caso del mercurio y el guayacán. Los tratamientos mercuriales fueron descritos por Galeno y después muy utilizados por los árabes para curar enfermedades dérmicas, principalmente la lepra,³ por lo cual también fueron empleados para tratar la sífilis. Los médicos Almenar, Torella, Vigo, Pintor, que en un principio eran partidarios de las sangrías, purgantes, etcétera, durante el siglo XVI utilizaron el mercurio como remedio, primero en forma de unguento y después en baños de vapor.

Juan de Vigo recomendaba primero enfocarse en la dieta, realizaba sangrías, utilizaba purgantes y algunas medicinas ingeridas, pero en casos en

³ La lepra y la sífilis venérea fueron confundidas al momento de la aparición de esta última por la similitud de sus síntomas.

los que estos remedios no servían debido a que la enfermedad ya se encontraba muy avanzada, recomendaba el uso de mercurio como unguento, y si aun así no había mejora en el paciente, se recurría a ponerlo enfrente del fuego con el cuerpo lleno de mercurio, o bien, se introducía al enfermo a un cuarto completamente cerrado y se le aplicaban baños de vapor de mercurio durante veinte o treinta días. El resultado de ello era el cese de los dolores y la desaparición de los tumores y úlceras [Quétel, 1992; Watts, 1997].

La utilización del mercurio proliferó; pocos años después, los médicos que lo utilizaban comenzaron a darse cuenta de los daños que ocasionaba: se caían los dientes al igual que el cabello, producía parálisis, intoxicación, salivación y sudoración excesivas y, muchas veces, la muerte. Diferentes médicos dejaron de utilizarlo [Quétel 1992; Watts 1997], pero muchos otros continuaron aplicándolo a los pacientes, lo que convirtió el tratamiento en el castigo que había de pagar el enfermo; considero que esta relación tratamiento/castigo fue producida por la naturaleza misma de la enfermedad: era de transmisión sexual y afectaba principalmente genitales (llamadas “partes vergonzosas”), lo cual calificaba al enfermo como culposo y lo posicionaba dentro de los valores negativos de la sociedad.

En 1527, el médico Jacques de Béthencourt propone que se llame al mal francés la enfermedad venérea (*morbus venereus*), lo cual explica que se contagia por las relaciones sexuales, cuyo primer signo son las úlceras que aparecen en la región genital o en cualquier lugar en el que halla habido contacto; Béthencourt dice que esta enfermedad altera los humores, la pituitaria y los fluidos seminales, y se caracteriza por las erupciones cutáneas, tumores, úlceras y fuertes dolores. Además, siguiendo las teorías hipocraticogalénicas, dice que la infección se ve favorecida por algunas circunstancias particulares, un poco de calor, el coito en un momento inoportuno, el orgasmo venéreo, el contacto entre humores impuros, etcétera [Watts, 1997].

En 1526, Gonzalo Fernández de Oviedo publica *Historia Natural de las Indias*, en que asegura que el origen de la sífilis se ubica en las Indias. De Oviedo era español, proveniente de una buena familia aristocrática, y cuando estuvo en América fungió como director de minas. En 1516 se enteró de que la sífilis tenía una supuesta cura: el guayacán o madera del guacayo; no tardó en comercializar y monopolizar esta madera para curar la sífilis de europeos ricos, con lo que él y sus socios obtuvieron grandes ganancias [Quétel, 1992; Watts, 1997].

El guayacán es un árbol que crece principalmente en América Central; la resina y la madera eran utilizadas con fines terapéuticos, esta última era “el principio activo” del tratamiento para curar la sífilis. Cuando el mercurio tuvo su auge, el guayacán se comenzó a utilizar en la misma forma.

Se ponía al paciente en un cuarto caliente y se aplicaban vaporizaciones; además, se le iba reduciendo gradualmente el alimento a través de una estricta dieta y se le administraban purgantes. Sólo podía beber infusiones de guayacán y no podía salir de la habitación donde se le aplicaban las vaporizaciones durante treinta o cuarenta días, después de lo cual se pensaba que la enfermedad se había ido [Quétel, 1992].

Los baños de mercurio y guayacán fueron las curas principales para el mal francés durante mucho tiempo. Béthencourt consideraba que la enfermedad venérea era la consecuencia de una ofensa a Dios, por lo cual era necesario pagar por los pecados a través de la purificación del cuerpo y del alma. El tratamiento con guayacán, que duraba cuarenta días, representaba una penitencia rápida, mientras que el mercurio representaba la purga expiatoria [Quétel, 1992]. Se puede observar nuevamente cómo el remedio iba relacionado con el castigo, pero, además, hacia mediados del siglo xvi, el discurso médico se vio influido por el discurso religioso, ya que enfermar implicaba una falta hacia Dios y la Iglesia desempeñaba un papel muy importante dentro de la sociedad.

Los remedios para curar la sífilis se incrementaron a medida que aumentaba el número de enfermos. En 1532, Massa decía que las personas tenían que abstenerse de relaciones sexuales con mujeres afectadas por la enfermedad, especialmente si éstas se encontraban menstruando, ya que beber o tener contacto con sangre menstrua era también causa de contagio, pero si se estaba expuesto a contaminarse, era necesario lavar los genitales con vino blanco caliente (del mismo modo que Almenar proponía en 1502), o bien, aplicar vinagre sobre el miembro masculino para fortificarlo cuando existiera una tendencia corrompida.

Una vez “contaminadas” Europa y sus colonias en América, principalmente la Nueva España (es decir, hacia el último cuarto del siglo xvi), la gravedad de la sífilis venérea comenzó a cambiar, aunque no desapareció: las fiebres fueron menos intensas; las úlceras, menos frecuentes; los dolores nocturnos, más tolerables, y cada vez menos gente parecía morir por la enfermedad. No es hasta el siglo xviii cuando la sífilis venérea se convierte en una enfermedad “secreta”, como la llama Sheldon Watts [1997], debido a la vergüenza que provocaba padecerla, aunque dos siglos antes pudo serlo, pues en el transcurso del siglo xvi sus manifestaciones perdieron casi todo su carácter agudo y espectacular, y podía ocultarse fácilmente [Pérez Tamayo, 1992; Quétel, 1992; Watts, 1997; Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998], en otras palabras, la enfermedad fue dejando de ser tan aguda para convertirse en crónica. ¿Se puede pensar en selección natural? Considero que el cuerpo humano creó cierta resistencia a la enfermedad, adecuándose a ella sin llegar a adaptarse.

SÍFILIS VENÉREA: CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Las construcciones sociales de una enfermedad se establecen de acuerdo con la cultura y la ideología dominante, entre otros factores, pero sobre todo se encuentran completamente inmersas dentro de un marco histórico bien definido, por ello es imposible hablar sobre una sola construcción social de la sífilis venérea, sino que ésta varía de acuerdo con el momento histórico que se quiera analizar y, como lo indica Sheldon Watts [1997],

en toda sociedad, las epidemias influyen sobre las relaciones de poder entre una minoría dominante y la mayoría dominada, en donde la elite es la que determina la respuesta oficial a la enfermedad, de esta forma se establecen las percepciones que son el producto de un complejo de filtros culturales.

Sólo las respuestas oficiales determinan qué se puede hacer en el intento de limitar la transmisión de la enfermedad. Considero que la medicina es, en gran medida, la encargada de ofrecer dicha respuesta oficial.

Por otro lado, para analizar la enfermedad como una construcción social es necesario integrar una reflexión sobre lo que representa dentro de una red social particular la persona enferma, en este caso el sífilítico; es decir, cómo lo perciben los demás, qué significa y qué representa, en términos culturales y sociales, padecer esta enfermedad.

Es importante señalar que durante el siglo XVI en Occidente, principalmente en España y, por lo tanto, en sus colonias, la Iglesia católica desempeñaba un papel muy importante dentro de la organización política, económica y social, así como en la vida cotidiana. Era comandada por eclesiásticos, célibes por excelencia, quienes se encargaban de transmitir la imagen de un ser que no conoce el apetito sexual y es enemigo de los placeres de la carne, imagen que repercutió directamente en la forma en que debía ser llevada la sexualidad “correctamente” durante dicha época, haciendo del acto sexual una actividad pecaminosa, al grado de degenerar al ser humano [Ortega, 2000].

Es este contexto no resulta desatinado pensar que la sexualidad fuera reprimida y el coito sin fines reproductivos representara un pecado. Paradójicamente, la prostitución era tolerable porque se creía que con ella se evitarían violaciones mayores, como el incesto y el estupro, entre otros, ideas arraigadas desde el siglo XIII por Santo Tomás de Aquino en su *Suma Teologica*, documento que sintetiza el pensamiento religioso occidental [Ortega, 2000].

Ahora bien, la proliferación de la sífilis venérea se inserta en un marco histórico en que los preceptos morales y las normas sexuales eran muy rígidos, en una sociedad en que se establecía a Dios como un todo y al hombre como aquel que tiene la obligación de ajustar sus actos al orden divino [Orte-

ga, 2000]; pero la realidad era otra: la gente contraía sífilis venérea justamente porque no se acataban estas normas, como lo muestran los estudios paleopatológicos realizados a diferentes colecciones osteológicas pertenecientes a este periodo, los cuales muestran la alta incidencia de sífilis venérea en la población novohispana y europea [Márquez, 1984; Mansilla y Pijoan, 1995; Jaén, Bautista y Hernández, 1995; Buzhilova, 1999; Del Castillo, 2000; Djuric-srejec y Roberts, 2001; Almady, 2007].

Como ya se mencionó, a partir del descubrimiento de América hubo una proliferación de la sífilis venérea, sobre todo en Europa, la cual fue desencadenada por el ejército de Carlos VIII, rey de Francia, durante la invasión a Italia. Sus tropas estaban conformadas por mercenarios franceses, alemanes, húngaros, polacos, portugueses y españoles, algunos de los cuales regresaban de la recién descubierta América. Fue entonces cuando en Nápoles, las mujeres fueron expulsadas principalmente a Francia, y se dice que algunas de ellas tenían la “nueva” enfermedad. Poco después, el ejército se retiró de esta ciudad, los soldados se esparcieron por Italia, Francia y Alemania, llevando la enfermedad con ellos. Para el año 1500, toda Europa sufría los efectos epidémicos de la sífilis, pero realmente nadie sabía de dónde había venido, por lo que comenzó a ser llamada “mal napolitano”, “mal gálico”, “mal francés”, entre otros [Baker y Armelagos, 1988; Cartwright y Biddis 1988; Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998; Pérez Tamayo, 1992; Watts, 1997].

La retirada de las tropas de Carlos VIII de Italia no fue el único factor responsable de la epidemia de sífilis de finales del siglo xv, ya que Inocencio VIII y Julio II, en 1490 y en 1505, respectivamente, clausuraron los asilos para leprosos o leprosarios y muchos pacientes que no tenían lepra sino sífilis se repartieron por Europa [Pérez Tamayo, 1992; Baker y Armelagos, 1988; Cartwright y Biddis, 1988; Quéstel, 1992; Watts, 1997].

Además de los eventos antes mencionados, que probablemente favorecieron la rapidez de la diseminación de la enfermedad, un factor importante fue la gran relajación en las costumbres sexuales de esa época, sobre todo por parte de reyes, nobles y altas autoridades [Cartwright y Biddis, 1988; Quéstel, 1992; Watts, 1997]. Ejemplo de ello es cuando el papa Sixto, quien construyó la Capilla Sixtina, fundó una magnífica casa de prostitución en Roma, donde cada mujer debía pagar cierta cantidad de dinero para poder trabajar [Quéstel, 1992], lo cual muestra la aprobación de la prostitución en la sociedad.

Durante los últimos años del siglo xv y principios del xvi fueron muy populares los baños públicos, respecto a los cuales, en 1553, Erasmo de Rotterdam dice: “Hace 25 años nada era tan favorecido por la gente como los

baños públicos que ahora se encuentran sin calentar y vacíos, porque la nueva enfermedad de la piel nos enseña a que nos abstengamos de usarlos” [v. Watts, 1997:87].

A partir del momento en el que la sífilis comienza a esparcirse, los sacerdotes proclamaron que se trataba de un castigo divino; los astrólogos dijeron que se debía a la confluencia de Saturno y Marte; mientras que los médicos trataron de ajustar las teorías hipocraticogalénicas para explicarla; sin embargo, Juan Almenar escribió que existían dos formas de contraer la sífilis, por medio de relaciones sexuales, por lo cual afectaba a toda la población, menos a los sacerdotes, y por medio del aire, por lo cual estos últimos eran susceptibles; explicación necesaria dada la frecuencia con que la sífilis venérea afectaba a los miembros de la Iglesia [Quétel, 1992; Watts, 1997].

En el año 1530, Girolamo Fracastoro escribió una poesía inspirada en una historia de Ovidio, llamada “*Syphilis sive morbus gallicus*”, en este poema, Syphilis era el nombre de un pastor considerado héroe que fue castigado por levantar altares prohibidos en una montaña y porque llevaba una vida inmoral y llena de vicios, razones suficientes para ser castigado con una nueva y terrible enfermedad, la sífilis. La denominación de venérea viene de Venus, la diosa griega del amor [Cartwright y Biddis, 1988; Quétel, 1992; Watts, 1997].

Fracastoro dedicó mucho al estudio de la sífilis venérea, ya que, además de darle nombre a la enfermedad, menciona que la sífilis era una nueva enfermedad que estaba azotando a Europa por ser prácticamente incurable y extremadamente dolorosa, además de que la enfermedad comenzaba por los genitales y de ahí se expandía por todo el cuerpo [Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998].

A pesar de que la sífilis venérea fue considerada una enfermedad terrible y gran parte de la población europea estaba infectada, realmente no causó un impacto demográfico importante, como lo hizo la peste, por ejemplo.

Durante el siglo XVII, en las cortes de Francia, España e Inglaterra, así como entre eclesiásticos, la sífilis llegó a considerarse una enfermedad “galante”, ya que este padecimiento representaba una garantía de que su portador era capaz de mantener aventuras amorosas con muchas personas y eso se traducía en prestigio social [Pérez Tamayo, 1992; Quétel, 1992].

COMENTARIOS FINALES

Para realizar el análisis de una enfermedad no se puede dejar de lado el discurso médico que opera sobre ella. Más allá de ser una construcción social, la enfermedad es una realidad construida, y el enfermo es un personaje social.

Las concepciones de una enfermedad son inseparables del desarrollo de la medicina, la enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las representaciones; a la vez, una enfermedad remite a las condiciones de vida, valores y concepciones de la existencia del momento [Márquez, 1994].

Así, una enfermedad puede ser entendida a partir de tres elementos: la realidad patológica, el discurso médico, que desemboca en una realidad construida (o construcción social); ninguna de estas tres categorías se mantiene estática en una línea temporal, e incluso espacial, es decir, los microorganismos, la ciencia y las ideas cambian.

La realidad patológica, mutable, es la base sobre la cual se construye socialmente la enfermedad, es a partir de aquello que se expresa sobre lo cual se construye socialmente, se interpreta. La construcción se hace a partir del enfermo, del cuerpo llagado, deforme, alterado; la medicina trata de darle una explicación coherente a los modelos cognitivos vigentes.

Asimismo, la realidad patológica y la construcción social de las enfermedades se encuentran estrechamente ligadas: una se plantea en función de la otra, y el discurso médico es el encargado de darles validez. A través de cómo se expresa en el individuo, cómo se trasmite, lo que significa padecerla y los efectos demográficos que tiene, la enfermedad se percibe, se interpreta y se vive en sí mismo y en el otro. No puede considerarse por sí sola sin la mirada que la califica.

No existe una concepción homogénea de una enfermedad; en general, la imagen corresponde al producto de la ideología dominante. Si se considera el discurso médico una de sus partes importantes, ésta produce, según Bachelard, “en cada momento de su historia, sus propias normas de verdad” [v. Canguilhem, 1978:IX]; o en las propias palabras de Canguilhem [1978:XIII], cada ciencia se desarrolla en lo que llama “su marco cultural”, es decir, “el conjunto de relaciones y de valores ideológicos de la formación social en la que se inscribe”.

Considero que las construcciones sociales (o realidades construidas) de una enfermedad, en este caso de la sífilis venérea, no sólo se forman por medio de los grupos dominantes de una población, sino también por la manera en que es visto socialmente el sifilítico; es decir, lo que representa padecer sífilis dentro de determinado contexto histórico y social y cómo se vive la enfermedad. Así, me parece importante analizar la entidad nosológica también desde el enfermo mismo, como personaje social.

Durante el siglo XVI, las diferencias de género marcaban una pauta importante para entender la enfermedad; el discurso médico nada decía sobre las mujeres, a ellas no se les trataba, o se consideraba una terapéutica no vinculada con la medicina, sino a través de comadronas.

La sífilis venérea ha sido una enfermedad muy estigmatizada por ser de transmisión sexual; el sífilítico pasó de ser la víctima de la “nueva” enfermedad a ser el transgresor que debía recibir un castigo, y la terapéutica era la encargada de purificar al enfermo. Más allá de procurar una sanación se buscaba el castigo.

Finalmente, es importante resaltar que, si bien el tema de este artículo es la sífilis venérea en el siglo XVI, el aporte más relevante está en función de la forma en que se aborda el problema, es decir, el análisis del discurso médico como eje medular para tener un acercamiento de la construcción social de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Almady, S.E.

2007 *Teorías y controversias sobre el origen de la sífilis venérea. Un análisis sobre los factores que desencadenaron la proliferación de la enfermedad en Nueva España. Siglos XVI-XIX*, tesis de licenciatura en antropología física, México, ENAH/ INAH/SEP.

Aufderheide, A. C. y C. Rodríguez-Martín

1998 *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*, Cambridge United Kingdom, University Press.

Baker, B. y G. Armelagos

1988 “The Origin and Antiquity of Syphilis: Paleopathological Diagnosis and Interpretation”, en *Current Anthropology*, 29(5):703-737.

Berkow, R. y A. Fletcher

1994 *El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*, Mosby/Doyma Libros, edición española.

Buzhilova, A.

1999 “Medieval Examples of Syphilis from European Russia”, en *International Journal of Osteoarcheology*, 9(5):271-276.

Canguilhem, G.

1978 *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.

Cartwright, F. y M. Biddis (col.)

1988 *Disease and History: The Influence of Disease in Shaping the Great Events of History*, Nueva York, Thomas Y. Crowell Company.

Crosby, A.

1991 *El intercambio transoceánico: consecuencias biológicas y culturales a partir de 1492*, México, UNAM.

Del Castillo, O.

2000 *Condiciones de vida y salud de una muestra poblacional de la Ciudad de México en la época colonial*, tesis de maestría en antropología física, México, ENAH/ INAH/SEP.

Djuric-Srejjic, M. y C. Roberts

2001 "Paleopathological Evidence of Infectious Disease in Skeletal Populations from Later Medieval Serbia", en *International Journal of Osteoarheology*, 11(5): 311-320.

Hays, J. N.

2003 *The Burdens of Disease. Epidemics and Human Response in Western History*, New Brunswick, Nueva Jersey y Londres, Rutgers University Press.

Jaén, M. T., J. Bautista y P. Hernández

1995 "Un caso de sífilis en un entierro de la época virreinal, proveniente de la catedral metropolitana, México", en *Búsquedas y hallazgos. Estudios antropológicos en homenaje a Johanna Faulhaber*, López Alonso y Serrano Sánchez (Eds.), México, UNAM-IIA, pp. 184-192.

López Piñero, J. M.

2002 *La medicina en la historia*, Madrid, La Esfera de los Libros.

Major, R.H.

1936 "The worst plague of all", en *Disease and Destiny*, Nueva York, D. Appleton Century, pp. 290-329.

Mansilla, J. y Pijoan, C.

1995 "A Case of Congenital Syphilis during the Colonial Period in Mexico City", en *American Journal of Physical Anthropology*, 97(2):187-195.

Márquez, L.

1984 *Sociedad colonial y enfermedad. Un ensayo de osteopatología diferencial*, México, INAH (Científica, 136).

1994. *La desigualdad social ante la muerte*, México, FCE.

Ortega Noriega, S.

2000 "El discurso teológico de santo Tomás de Aquino sobre el matrimonio, la familia y los comportamientos sexuales", en *Vida cotidiana y cultura en el México virreinal*, Antología, Seminario de Historia de las Mentalidades, México, INAH (Científica), pp 27-73.

Ortner, D.J. y W. G. J. Putschar

1981 *Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains*, Washington y London, Smithsonian Institution Press.

Pérez Tamayo, R.

1992 *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*, México, Siglo XXI, 2a. ed.

Powell, M. y D. Cook

2005 *The Myth of Syphilis. The Natural History of Treponematosi in North America*, Florida, University Press of Florida.

Quétel, C.

1992 *History of Syphilis*, Reino Unido, Cambridge Polity Press.

Steinbock, T. R.

1976 *Paleopathological Diagnosis and Interpretation. Bone Disease in Ancient Human Populations*, Illinois, Charles C. Thomas Publisher.

Watts, S.

1997 *Epidemias y poder: historia, enfermedad, imperialismo*, Barcelona, Buenos Aires, México, Santiago de Chile, Andrés Bello.

“Vacunas sí, pero planificación familiar no”. Representaciones sociales sobre grupos domésticos triquis de la Ciudad de México

Zuanilda Mendoza González

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

RESUMEN: *Un aspecto central en el análisis de los grupos indígenas migrantes a las ciudades es la constante interacción social y la diversidad de actores involucrados.*

En este trabajo hago hincapié en las representaciones sociales que elaboran algunos sujetos urbanos respecto de grupos domésticos indígenas migrantes en la Ciudad de México; el interés es reconocer cómo son identificados y la manera en que esto influye en el tipo de interacción que establecen con ellos.

Los sujetos de nuestro trabajo son prestadores de servicios de instituciones gubernamentales, ONG o vecinos que interactúan con estas familias triquis por su actividad laboral o por vecindad. Las representaciones sociales referidas por ellos se relacionan con las necesidades en salud de estas familias, su demanda de atención, los problemas de acceso y la utilización de los servicios, así como las prácticas del personal de salud en la aplicación de algunos programas institucionales, sobre todo respecto de su proceso reproductivo, la crianza y la enfermedad infantil entre estos grupos; ya que es a partir de cómo los identifican que se generan acciones concretas y, en muchas ocasiones, maltrato.

Estas familias indígenas triquis, originarias de la Mixteca oaxaqueña, migraron a la Ciudad de México hace aproximadamente 15 años y pertenecen a diferentes generaciones. Es importante para nuestro trabajo hacer evidente la presencia de la discriminación que resulta de su interacción y cómo incide en el complejo proceso de continuidad/discontinuidad cultural en que se encuentran insertos estos grupos indígenas urbanos.

ABSTRACT: *A central aspect in the analysis of the migrant indigenous groups to the cities is the constant social interaction and the diversity of actors with whom they interact.*

In this case I will make emphasis in the social representations made by some urban subjects towards the domestic indigenous migrant groups in Mexico City; the interest is to recognize the manner of how they are identified and how this have influence in the type of interaction established with them.

The subjects in our case are service providers of governmental institutions, NGO or neighbors that interact with these triquis families because of their labor activity or for neighborhood. The social representations referred by them are about the health necessities of these families, their

demand of attention, the problems of accessibility and the use of the services, as well as the representations of the health personal's practice in the application of some institutional programs with the triquis, mainly related to their reproductive process, the upbringing and the childhood diseases among others. Due to, it is how they are identified that concrete actions are generated and in several occasions a bad treatment.

The indigenous families of which we are talking are triquis, native of the Mixteca in Oaxaca, who have migrated to Mexico City approximately 15 years ago and belonging to different generations. It is important for our case to make evident the presence of discrimination as a result of the interaction and how it influence in the complex process of cultural continuity/discontinuity in where these urban indigenous groups are inserted.

PALABRAS CLAVE: *Representación social, personal institucional, migrantes indígenas.*

KEYWORDS: *Social representation, institutional personal, indigenous migrants.*

INTRODUCCIÓN

La información que aquí presento constituye parte de una amplia investigación en antropología médica realizada con grupos domésticos triquis del estado de Oaxaca, migrantes a la Ciudad de México [Mendoza, 2002].

Para fines de este documento retomo las representaciones sociales y la observación de las prácticas de servidores públicos de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y vecinos que mantienen relación con las familias del asentamiento indígena; se realizaron entrevistas a profundidad a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, educadoras de calle, promotores culturales y vecinos, en total diez informantes centrales en un periodo de seis meses durante los años 2001 a 2003.

Las representaciones sociales referidas por ellos son acerca de las necesidades en salud de estas familias, su demanda de atención, los problemas de acceso y la utilización de los servicios, así como las representaciones de la práctica del personal de salud en la aplicación de algunos programas institucionales con los triquis, principalmente respecto de su proceso reproductivo, la crianza y la enfermedad infantil entre estos grupos. La interacción social que establecen estos sujetos con las familias triquis forman parte de la diversidad de relaciones que estos grupos migrantes tienen en su vida diaria, y conforma un aspecto determinante en el tipo de atención que reciben en la ciudad, ya que es a partir de cómo son identificados que se generan acciones concretas y, en muchas ocasiones, discriminación y maltrato.

Considero que el análisis de las relaciones e interacciones, así como las representaciones de las mismas, que los integrantes de los grupos domésticos indígenas establecen con otros actores sociales de la sociedad a la que se insertan es indispensable para dar cuenta de los procesos de continuidad

y cambio sociocultural en los saberes de estos sujetos sociales, incluidos los de salud enfermedad.

Reconozco al fenómeno de las relaciones interétnicas como multidimensional, incorpora elementos que tienden a ser conceptualizados en referencia al análisis de sistemas culturales, grupos organizados y transacciones individuales. La noción de fricción interétnica, aporte fundamental del planteamiento teórico de Cardoso de Oliveira [1972,1992], fue específicamente elaborada para hacer inteligibles las relaciones que involucran a grupos indígenas con la sociedad de clases que las engloban.

Si reflexionamos sobre los grupos étnicos en América Latina es aparente la diversidad de situaciones políticas en las que se encuentra, pero siempre dentro de un contexto básico de subordinación política de todos ellos [Bonfil, 1972].

Es imprescindible reconocer la pluriculturalidad que caracteriza a nuestro país y a la zona metropolitana de la Ciudad de México, es decir, la existencia de múltiples culturas en un mismo territorio, partiendo de una evidente realidad sociodemográfica. Todas ellas ubicadas en una sociedad con profundas desigualdades sociales y que tienden a la búsqueda de proyectos de globalización, uniformidad y uso unilateral de la diferencia cultural [Bonfil, 1987:12-15].

Investigaciones realizadas con indígenas migrantes a las ciudades señalan las características de estos grupos y los riesgos a su salud en comparación con la población nativa. Enfatizan las condiciones de nutrición de los infantes, las condiciones de salubridad y los obstáculos para la utilización de los servicios de atención biomédica, principalmente las barreras lingüísticas, el analfabetismo, la educación formal limitada, la marginalidad social/ocupacional, los escasos recursos económicos y el empobrecimiento cultural, definido como la pérdida que van teniendo las madres de los conocimientos tradicionales relacionados con la atención de las enfermedades de su grupo familiar, aunada a su falta de acceso a los recursos proporcionados por la biomedicina [Méndez, 1994; Oehmichen, 2001; Ortega, 1999; Giménez, 2000].

En el caso de los actores sociales del sector salud, le atribuyen a la familia indígena el mantenimiento de usos y costumbres culturales que afectan procesos específicos, como la alimentación, la resistencia a determinadas acciones, el uso de automedicación, todas ellas con una carga negativa. Se hace responsables a los grupos familiares de las condiciones de salud-enfermedad en que se encuentran y a la limitación de las acciones específicas desde el sector salud [Menéndez, 1993].

Se señala la mejoría de condiciones nutricionales y de salud en general, con predominio en la población infantil, así como la disminución en

las tasas de morbilidad y mortalidad. Se afirma que la migración mejora el acceso a recursos para la salud, así como las oportunidades de elección de diferentes instancias de atención a la enfermedad al ampliarse las opciones de atención, pero de igual forma se identifican dificultades en la relación institución/población migrante que genera errores y negligencia en su atención, se habla de limitantes culturales en la utilización de los servicios. Paralelamente se identifica la permanencia de prácticas médicas tradicionales, así como de la automedicación [Freyermuth, 2003], aspecto que se retomará y pondrá a discusión en este trabajo.

Partimos de la idea de que, al acortarse la distancia espacial y simbólica entre una sociedad campesina/indígena y la metrópoli, se generan interacciones con otros interlocutores, que les permite adquirir nuevos conocimientos, cuestionar, sintetizar y transformar. La migración necesariamente será un facilitador de este proceso transformador, ya que al poner en contacto directo a estos sujetos con otros actores sociales e instituciones, les permite obtener elementos transformadores de sus saberes [Bonfil y Pont, 1999].

Las acciones que han desarrollado las instituciones y los organismos no gubernamentales con grupos sociales como los triquis de La Merced, a lo largo de los últimos años, son diversas. Los indígenas urbanos han sido objetivo y materia de interés de cantidad de programas, proyectos y protocolos de investigación y/o acción, que buscan integrarlos a actividades para mejorar sus condiciones de vivienda, aprendizaje, higiene, salud; o bien, hacerlos partícipes de movilizaciones.

El INI¹ y, posteriormente, la CDI² realizaron proyectos con los grupos indígenas urbanos desde hace aproximadamente quince años, cuyo objetivo era proporcionarles asesoría, apoyo y herramientas para resolver diversos tipos de problemas que surgían en su acontecer diario en la ciudad. A través de estos proyectos los conjuntos indígenas en la Ciudad de México obtuvieron beneficios en atención médica, asesoría administrativa y jurídica.

Las actividades que la Secretaría de Salud realizó con estas familias fueron a través del centro de salud cercano al predio triqui, específicamente, a través de un módulo a cargo de su atención, integrado por una enfermera de campo, una enfermera de consultorio, una médica y una trabajadora social. Ellas realizaban actividades de promoción y educación para la salud, así como la atención médica en brigadas o en el consultorio del centro de salud. Desde hace trece años han estado en contacto con los triquis.

¹ Instituto Nacional Indigenista.

² Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Es posible suponer que la diversidad de actividades, formaciones profesionales y el tipo de relación que estos sujetos sociales tienen con el grupo, aportaron información diversa y desigual, que permitió ampliar el panorama. Me centraré en las representaciones sociales que tienen los prestadores de servicios y vecinos acerca de la relación entre los grupos familiares con la biomedicina y otros curadores, así como las representaciones sociales respecto de su proceso reproductivo y la enfermedad infantil. Partimos de que la forma en que los grupos indígenas urbanos son percibidos por estos sujetos sociales, determina la forma en que interactúan con ellos, y le da énfasis al tipo de acciones que realizan y al resultado de éstas.

DE LAS RELACIONES CON LOS CURADORES

En el campo de la salud, se entiende por medicina intercultural a la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los pacientes, en que ambos pertenecen a culturas diferentes y donde se requiere un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes.

Ibacache y Oyarce definen la interculturalidad en salud como

la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas [Campos, 2003].

El personal de salud que proporciona atención a estas familias triquis se planteó como objetivo de sus actividades comunales en este predio, la integración de estos grupos domésticos a los programas prioritarios en salud, así como promover su acercamiento a la consulta médica en el centro de salud y la utilización de otros servicios que la institución les proporcionaba. Las representaciones del personal de salud acerca de este aspecto afirman que el objetivo se cumplió en un alto porcentaje, puesto que las familias triquis tienen muy bien identificados los servicios del centro de salud, acuden a ellos con regularidad y lo hacen con confianza; sin embargo, no hacen mención de las dificultades para cumplir las metas en el programa de planificación familiar.

La relación del personal de salud con estas familias es diferencial: la médica del módulo refirió constantemente su intención y deseo de atenderlos, la enfermera y la trabajadora social obedecían las indicaciones pero su actitud era de inconformidad y enojo con los triquis; los consideraban gente necia y abusiva, que no cumplía con los lineamientos de la institu-

ción, aunque gozaban de consideraciones, como no cobrarles la consulta y hacerles visitas constantes, ellos no correspondían.

Es que estos triquis deberían aprender a respetar, llegar temprano con todos sus papeles y esperar a que les toque la consulta, porque si de por sí, no se les cobra la consulta, se les da el medicamento y los van a ver a su casa y todavía en el centro llegan y quieren pasar luego sin esperar [enfermera].

Los médicos de otros módulos no atendían a pacientes indígenas, explícitamente se resistían a hacerlo, esto ocasionó que los triquis rechazaran su atención.

El personal administrativo y el personal técnico de radiología o laboratorio mostraron actitudes de discriminación con estos sujetos, les desagradaba tener cualquier tipo de relación con ellos, los consideran necios e incapaces de comprender las indicaciones que se les daban, por ser ignorantes y abusivos, presuponían que demandaban la atención sin razón, ya que para ellos el servicio era gratuito.

La señora que toma las radiografías es muy enojona, nos dice que somos muy abusivos porque llegamos cuando queremos y vamos por cualquier tontería; porque no nos cobran, abusamos. Agarró a mi niño del brazo y lo jaló, lo dejó en el cuarto oscuro solito, no dejó que me metiera con él, duró más de una hora en tomarle la radiografía, porque se fue a tomar su café y ahí dejó a mi niño solito en el cuarto [paciente triqui].

La primera vez que yo los vi en el centro de salud, estaban pidiendo que les dieran consulta, la señora que les da las fichas les gritaba: ¡si no entienden, qué quieren ahí... si no entienden mejor váyanse! Yo le pedí que no les hablara así, ella me respondió “para qué les doy la ficha si nadie quiere verlos” [Dra. P.].

Pero a lo largo de los años no todo el personal de salud ha tenido un trato agresivo con estas familias, existe el antecedente de una relación de franco afecto y confianza con una enfermera de campo que trabajó con ellos hace varios años, cuando llegaron de su región; “ella conocía a todos los de las familias, entraba a los cuartos y aceptaba un taco... bañaba a los niños y los despiojaba” [mujer triqui].

Esta actitud fue seriamente cuestionada por el personal directivo del centro de salud y la médica del módulo, quienes consideraban que lo que ella hacía no eran funciones del personal médico:

Estaba teniendo demasiada confianza con ellos y por esa razón se le sustituyó del módulo. Lo que ella tenía que hacer con los triquis era educarlos, no estar haciendo limpieza con ellos, por eso la cambiamos [director del centro de salud].

Esta enfermera aún trabaja en el centro de salud y afirmó tenerles compasión. Nos refirió que cuando empezó a trabajar con ellos, le daban mucha pena por las condiciones de pobreza en que vivían. Con paciencia y constancia les fue enseñando los pasos administrativos que tenían que seguir en el centro de salud para solicitar y recibir consulta, constantemente les insistía en que usaran los servicios, ya que todos eran gratuitos para ellos. "Ahora ya veo que saben cómo sacar su ficha; después de tantos años, ya aprendieron". Afirmaba que para lograr la confianza de este grupo es necesario mucho tiempo, paciencia y gusto de trabajar con ellos, porque no son fáciles de tratar, sino desconfiados y necios. A ella le costó mucho trabajo entrar al predio, pero ahora aceptan la presencia del equipo de salud ahí, esto se logró al demostrarles que las acciones que se realizaban eran en su beneficio, platicando con ellos e infundiéndoles confianza.

Ella consideraba a los triquis gente que se esfuerza, mejores que otros vecinos mestizos que, aunque tengan más recursos sanitarios, viven con suciedad y son más problemáticos. Afirmaba que en la escuela los niños triquis recibían burlas porque iban descalzos o con la ropa desgarrada o sucia; los otros niños los miraban feo y se burlaban. "Les dicen de cosas y ellos se sienten en su corazoncito, a lo mejor por eso [a] muchos niños ya no les gusta ir a la escuela". "En algunos casos a los vecinos les dan lástima, los ven como 'animalitos'."

En general se consideraba que para lograr la aceptación y confianza de este grupo, los integrantes del equipo de salud tuvieron que esforzarse mucho y ser muy constantes. "Siempre que se integraba un nuevo miembro al equipo, la gente le tenía desconfianza, lo ignoran y sólo a través del tiempo podía lograr su aceptación".

"Cuando yo empecé a trabajar con la doctora, la gente no me hacía ningún caso; a la doctora sí y hablaban con ella, pero a mí, como si no estuviera. Me costó mucho trabajo porque son muy desconfiados" [trabajadora social].

Entre las acciones prioritarias del personal de salud con estos grupos, estaban la promoción de los métodos de planificación familiar y las campañas de vacunación. La aplicación de las vacunas se realizaban con relativa facilidad, ya que la población aceptaba que sus hijos fueran vacunados y completaban los esquemas de vacunación. Pero al promover las acciones de planificación familiar, el personal de salud refirió encontrar resistencia tanto de mujeres como de varones, "ya que consideran que la función de la mujer es ser madre y tener todos los hijos que Dios les mande". La mayoría de los varones y las mujeres de la primera generación desaprobaban que las mujeres utilizaran algún método de control natal, ya que para ellos lo más importante en su familia era tener muchos hijos, sus mujeres sirven

para eso, e incluso se refiere violencia física si la esposa lo hacen sin su consentimiento. También refieren rechazo a la prueba de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, porque consideran que nadie tiene que ver a sus mujeres, y a las mujeres les da vergüenza mostrar su cuerpo. Para el personal de salud estos son problemas que interpretan a través del arraigo a sus “creencias”.

Los aspectos positivos que el personal de salud reconocía en estas familias triquis es su obediencia y humildad, “entienden si se les habla y se les explica lo que tienen qué hacer para mejorar su situación” [trabajadora social].

En la interacción cotidiana con el grupo, pudimos observar que el personal que acude a trabajar con ellos mantiene distancia; se esfuerza en no aparentar su rechazo ante la falta de higiene, pero no acepta los alimentos que les ofrecen ni acceden a pasar a sus cuartos, y tratan de permanecer en el predio el menor tiempo posible.

Cuando uno va a la triqui hay que tener cuidado porque se puede uno contagiar de infecciones, porque con tanta suciedad se puede uno contagiar de cualquier enfermedad. Yo me amarro el pelo porque se me puede subir un piojo, una chinche o pulga, no entro en los cuartos porque están muy sucios, es mejor platicar con ellos en los pasillos y nunca hay que aceptar lo que comen porque hasta una cosa más grave se puede una acarrear [enfermera].

Diversos son los sujetos sociales que interactúan con este grupo, como también son diversas las opiniones, sentimientos y tipos de relaciones que se establecen con ellos. De inicio podemos señalar que el personal biomédico considera que a través de las acciones realizadas han obtenido su aceptación y han logrado que sigan algunos programas de atención, promoción y educación para la salud. También consideran que han logrado el uso regular y cada vez más eficiente de los servicios de atención a su salud, y modificar sus prácticas acerca de ciertos aspectos de la atención del embarazo, el parto y la atención infantil.

Pero no todo el personal de salud tiene con ellos el mismo contacto, ni las mismas representaciones sobre estas familias. Es la médica del módulo quien realmente ha funcionado como el pilar de esta relación; ella es la interesada en llevar a cabo con regularidad programas de prevención, y la que se ha hecho responsable de su atención médica en el centro de salud. El resto del personal interactúa con ellos más por obligación, que de buen grado; incluso se dan relaciones de maltrato, discriminación o abuso hacia los integrantes de este grupo social, a los que consideran ignorantes, necios, desconfiados y abusivos en el uso de los servicios.

La doctora reconoce que la mayoría del personal del centro de salud no atiende de manera adecuada a este tipo de población; abusan porque saben que les cuesta trabajo comunicarse; muchas veces no saben cómo realizar un trámite y, además de eso, los maltratan.

A esta gente siempre los tratan mal, los están viendo que desde que llegan vienen con una cara de espantados, que no saben qué hacer y con quién dirigirse, además los maltratan, les hablan feo y les avientan los papeles; por eso mejor la gente prefiere morir en su casa [médica].

Las principales causas de demanda de atención, que el equipo de salud identifica en estas familias son: cuadros infecciosos gastrointestinales, respiratorios, parasitosis intestinal, problemas musculares, articulares y dermatológicos. Entre los varones, los principales problemas son el alcoholismo, las heridas por pleitos y la diabetes mellitus. El principal problema señalado para esta población por el personal de salud es la desnutrición, no sólo de niños, sino también de adultos; se considera a este elemento determinante de su mal estado de salud. El perfil epidemiológico de este grupo no tiene grandes diferencias con el de los grupos urbanos no indígenas que son sus vecinos en la zona. "Ellos se enferman igual que la gente de la ciudad que está cerca de ellos, igualito, ni más ni menos, es el mismo ambiente" [trabajadora social].

El personal de salud no reportó ni reconoció problemas de mortalidad infantil. Aunque dijo conocer casos de niños con neumonía y deshidratación que incluso ameritaron tratamiento hospitalario, pero no murieron. Para el caso de los adultos sí se reportaron muertes por complicaciones de diabetes, por alcoholismo y por leucemia. También se refirió que al inicio del trabajo con estos grupos, hace más de diez años, sí conocieron casos de muerte infantil por infecciones respiratorias agudas o deshidratación por gastroenteritis; "pero gracias a los servicios de hospitalización y atención primaria, actualmente estos cuadros se resuelven" [enfermera]. Además, los grupos ya saben que hay instancias para resolverlos y acuden a ellas. "Ahora ya no esperan a que estemos nosotros, ya les hemos enseñado; se van a donde los pueden recibir y saben que así ya no se mueren sus niños" [trabajadora social].

La opinión de la médica respecto de su resolución a los problemas de salud es ambivalente: por un lado afirma que han aprendido muy rápido y bien a utilizar los servicios, y que no esperan a que sus hijos estén graves para llevarlos a donde sea necesario, además de que los considera listos para preguntar, exigir y solicitar lo que necesitan cuando están enfermos. Pero al mismo tiempo, asegura: "... esta gente es muy ignorante; dejaron a un niño con cal en su ojo sin hacerle nada, eso va a hacer que probablemente pierda el ojo".

Los prestadores de servicios del INI y del CATIM,³ que no son del área de la salud, refieren entre sus representaciones que estos grupos tienen muy poco contacto con los servicios de salud institucionales, específicamente con aquellos que dependen del gobierno del Distrito Federal, del DIF⁴ o la Secretaría de Salud. Ellos afirman que esta población no tiene confianza en los médicos institucionales, y se quejan de la larga espera que significa la atención en los centros de salud o los hospitales, así como de la falta de medicamentos o recursos para su atención, por lo que dicen preferir la atención médica privada:

... iban a la Prensa Médica, ahí les cobran mucho, pero cuando se enferman pagan, también prefieren la compra de los medicamentos de patente en lugar de usar los que se les proporcionan en la institución, y algunos regresan a su pueblo para buscar la atención de un curandero o una partera [promotor].

Afirman que en ocasiones en que se instaló alguna brigada de salud cercana a los predios y asentamientos de estos grupos indígenas, la gente no acudió a la consulta, se quejaban de recibir maltrato de parte de los médicos y del resto del personal de salud.

Los trabajadores del INI refirieron que trataron de establecer un programa de colaboración con personal de la Secretaría de Salud, pero no funcionó porque

a la gente de los centros de salud no les gusta trabajar con indígenas. Se les ponen vacunas dobles buscando metas, se les dan pláticas súper resumidas porque como son indígenas no entienden, sienten que pierden el tiempo con ellos [coordinadora INI].

Lo que nosotros pudimos constatar fue que estos grupos domésticos sí hacen uso de los servicios de salud, y han aprendido a utilizarlos de forma eficaz. Ellos acuden a solicitar el servicio a los lugares en donde les pueden dar respuesta, en la misma forma en que sustituyen aquellas instancias que les resultan ineficaces o donde los han rechazado.

Este conocimiento lo adquirieron de su interacción con el personal del centro de salud o de hospitales donde han acudido. Por lo general, no van solos a solicitar atención, sino acompañados de algún integrante de su grupo doméstico, y en casos de gravedad o urgencia se hacen acompañar de los líderes o gente que tiene mayor fluidez en el manejo del español o más conocimiento en el desplazamiento urbano.

³ Centro de Atención a Indígenas Migrantes.

⁴ Desarrollo Integral de la Familia.

Ya aprendieron a no quedarse así nomás, sin hacer nada; si no les resuelven el problema en un lado van a otro, pero buscan alternativas. Antes no eran así, llegaban a un servicio y si los trataban mal ya no regresaban, preferían seguir en sus casas [Dra. P].

Respecto de los curadores tradicionales, la médica recuerda que antes había parteras triquis que atendían a las mujeres en sus cuartos. El centro de salud les dio adiestramiento para que atendieran a las mujeres y reportaran a las que tenían en control; pero, según su apreciación, estas curadoras ya no tienen nada qué hacer con la gente, porque las mujeres ya van a control prenatal al centro de salud y se atienden su parto en el hospital. "Las parteras ahora ya nada tienen que hacer con las embarazadas, porque ellas ya vienen a su control con nosotros y se les resuelven todos sus problema de salud" [Dra. P].

Los integrantes del equipo de salud no reconocen la presencia de otros curadores tradicionales. Refieren que algunas personas del predio triqui mencionan a un señor que cura, que sabe de hierba pero no es un curandero, sólo una gente mayor que les ayuda; sin embargo, como la mayor parte de las veces no los cura, acuden con los médicos. La médica refiere nunca haberse enterado que se realicen curaciones o limpiezas aquí; "sí se que algunos se van a sus pueblos a curarse, pero allá, porque los curanderos no están aquí. A mí lo único que me dicen es sobre sus enfermedades y con qué se pueden curar, nada más. Yo de eso no me he enterado; más bien, vienen aquí a curarse".

Se identifica que muchas de las necesidades del grupo que inciden en su salud no pueden ser resueltas por el equipo de salud; por ejemplo, los problemas de nutrición, vivienda, hacinamiento y falta de recursos sanitarios. Sin embargo, se realizan acciones de educación para la salud por medio de pláticas en la comunidad, en donde se les informa "cómo deben vivir". El equipo de salud tiene muy buena aceptación en la comunidad, porque la gente reconoce que las acciones que realiza son para beneficio del grupo, aunque en ocasiones tienen problemas con la comunicación, ya que no toda la gente habla bien español.

La relación que estos grupos domésticos han establecido con la biomedicina es ampliamente reconocida por todos nuestros informantes, si bien los representantes de las ONG y ciertas instituciones afirman que a estas familias no les es grato acudir a los servicios públicos de atención médica, por el maltrato y largas esperas que representa acudir a esos servicios, por lo que hacen uso principalmente de la práctica médica privada y de sus curadores tradicionales. Los prestadores de servicios que no pertenecen al

terreno biomédico enfatizan la presencia de estas prácticas curativas propias del grupo; incluso considerando que llegan a sustituir las de la biomedicina, por ser aspectos de su tradición que no han perdido.

PROCESO REPRODUCTIVO

Las representaciones sociales respecto de la atención al proceso reproductivo en las familias triquis son diferentes entre el personal de salud y otros prestadores de servicios. Para los primeros, las mujeres gestantes tienen un cuidado adecuado de su embarazo al acudir a control prenatal en el centro de salud. Si bien, reconocen que estas mujeres tienen entre sus prácticas ciertos cuidados que realiza la partera, consideran que éstos han perdido importancia; es decir, que las mujeres ya no los buscan porque tienen la oportunidad de acudir al centro de salud. No emiten un juicio negativo sobre las prácticas curanderiles, que en general desconocen, su actitud es ignorar dichas prácticas que llaman “obsoletas”.

Acerca de las parteras, se refirió la capacitación que impartió el centro de salud a estas curadoras, con el objetivo de proporcionar herramientas para un cuidado higiénico del parto y el recién nacido, pero que no utilizaron porque “las parteras regresaron a su pueblo y todas las mujeres deseaban atenderse en el hospital” [enfermera].

En relación con la atención del parto, el personal de salud nos refiere que se ha realizado un constante convencimiento con las mujeres para que sean atendidas en el ámbito hospitalario; son varios los argumentos utilizados: el primero tiene que ver con las condiciones de higiene y protección que aseguran a la mujer un menor riesgo y mejor atención por personal capacitado, ya que se descalifican totalmente las condiciones “insalubres en que se atiende un parto en esos cuartos con personas incapaces”, sin embargo, no se tiene información sobre complicaciones o muerte materna/ infantil como consecuencia de partos atendidos en el domicilio. En segundo término, se hace hincapié en la necesidad de que las mujeres sean atendidas en el hospital para obtener el certificado institucional requerido en el registro de sus hijos.

Este empeño por la atención hospitalaria se retroalimenta positivamente al personal de salud con la opinión favorable de la mayoría de las mujeres triquis atendidas en estos ámbitos institucionales.

Cuando empezamos a darles más atención a las embarazadas y a darles su pase para el hospital, una cosa muy curiosa fue que a ellas les gustó. Porque decían: “Fíjate que allá donde me atienden me dan de comer, me dejan bañar con agua

caliente”. Nadie se ha quejado de que las traten mal o las molesten, vienen contentas [médica].

Una consecuencia de la atención hospitalaria del parto es la aplicación de un método de planificación familiar, el dispositivo intrauterino (DIU). A la gran mayoría de las mujeres en el posparto se les da información orientada a la necesidad de esperar a que sus hijos crezcan antes de volverse a embarazar: “... les hemos dicho que no pueden estar teniendo hijos cada vez que se les antoje” [enfermera]. El método aplicado es el DIU; nuestra observación permitió constatar que difícilmente era retirado por el personal del centro de salud, aun cuando las mujeres lo soliciten por presentar malestares.

El personal del centro de salud tiene la representación de que las mujeres triquis no tienen rechazo o vergüenza al ser atendidas en el hospital por personal médico masculino, “ellas aceptan la atención de buen modo mientras quien las atiende sea médico, porque reconocen que es él quien tiene mayor conocimiento” [trabajadora social].

Desconoce si las mujeres triquis realizan algún tipo de práctica o ritual durante el puerperio. “Aquí no se hacen baños, ni usan hierbas; que yo sepa no, nunca las he visto” [enfermera].

En contraste, la representación del personal institucional no médico acerca de la atención del embarazo/parto/puerperio es que sigue siendo fuertemente supervisado por sus curadores tradicionales, y que se reconoce a las parteras como las actrices fundamentales de esta atención. Incluso refieren que las mujeres acuden a su pueblo para ser atendidas allá, o bien las parteras vienen expresamente del pueblo para atenderlas en el predio. Afirman que hay un rechazo hacia la atención institucional, por la pérdida de tiempo y el maltrato, por lo que la mayoría de las mujeres tienen a sus hijos en sus cuartos, atendidas por parteras de Copala; según ellos, son muy pocas las que acuden al hospital.

Durante el embarazo no se identifican cuidados especiales, ya que se les observa realizando sus actividades cotidianas con regularidad. Las representaciones son de no-cambios en el patrón reproductivo de estas familias entre una generación y otra. “Las muchachas más jóvenes, aun cuando han ido a la escuela, siguen casándose muy chicas y se embarazan en forma temprana; ellas no tienen otra salida que tener hijos, hijo tras hijo” [promotor].

Las representaciones sociales acerca de la aceptación de los métodos anticonceptivos es unánime entre nuestros informantes, afirman que existe un franco rechazo debido a la presión que ejercen los esposos para que ellas tengan hijos frecuentemente. “Ellas temen que al dejar de tener hi-

jos los maridos las abandonen o las golpeen". Sin embargo, reconocen que las muchachas más jóvenes poco a poco han ido aceptando los programas de planificación familiar, ya sea la aplicación mensual de inyectables en el centro de salud o la colocación de un dispositivo intrauterino posparto. Se menciona que en ocasiones el uso de los métodos se hace a escondidas de los esposos y con el temor de ser descubiertas; pero el personal del centro de salud refiere casos de mujeres jóvenes que acuden acompañadas de sus esposos a solicitar información para espaciar el número de hijos, o bien, de señoras mayores de cuarenta años con más de diez embarazos que solicitan alguna ampolla para esterilizarse.

El otro día vinieron unos triquis; la muchacha tenía un bebé de seis meses, no querían usar un método porque su mamá no le había dado el consentimiento; el esposo dice que estaba esperando la aprobación de la suegra. Yo les dije: "Tu suegra no sabe nada de medicina para dar una opinión". Le pregunté al muchacho si quería que su esposa tuviera a sus hijos seguido y no los pudiera atender, que tuviera que llevarlos al puesto o dejarlos solitos en el cuarto sin que nadie los vea. Él dijo que eso no quiere para sus hijos, y decide dar su consentimiento para que su esposa use el DIU, aunque su suegra no se entere. Él la acompañó el día que se lo puse [médica].

Otro obstáculo que señala el personal de salud en la aceptación de los métodos anticonceptivos, es la vergüenza que dicen tener estas jóvenes para la colocación de un dispositivo intrauterino o la toma de un Papanicolaou. "A las triquis les da pena que les vean la colita, por eso no quieren que les pongamos un DIU" [enfermera].

Aún con estos problemas, el programa de planificación familiar es prioritario en estos grupos sociales. Un argumento del personal para justificar su insistencia son las condiciones económicas de pobreza en que viven estos grupos, y que son vistas como limitantes para poder mantener una familia grande.

Nosotros les decimos, ándale muchacha mira como estás, ve con la doctora y ella te va a ayudar te va a dar una hojita de referencia para que te operen y ya no tengas más chamacos, ¿cómo los va a mantener a tantos? [enfermera].

CUIDADO Y ATENCIÓN INFANTIL

Las representaciones en general son que a los niños pequeños se les tiene cuidado y afecto, un hijo siempre es recibido con alegría en estos grupos domésticos, aunque a últimas fechas se han dado casos de madres solteras que han mostrado rechazo hacia el embarazo. Pero una vez que nace el

nene, el grupo lo acepta y lo integra como hijo, o envía a madre e hijo al pueblo.

Los prestadores de servicios tienen muy bien identificado que el deseo, reclamo y petición constante de hijos en una familia surge del varón hacia su mujer, lo que es reforzado por la opinión de las generaciones previas (padres y suegros). Es esta la razón por la que a temprana edad y recién establecida la unión, estas mujeres triquis dicen concebir su primer embarazo; el espaciamiento entre uno y otro hijo es corto, y llegan a tener hasta diez a doce hijos, aunque el personal de salud reconoce que algunas jóvenes están aceptando espaciar sus embarazos para poder darles una mejor atención a sus hijos.

Se reconoce que todos los niños son amamantados, y esta práctica ha sido reforzada por los programas de lactancia materna de las instituciones. En cambio, la ablactación⁵ y el destete⁶ se consideran tardíos y mal llevados, ya que no se siguen las indicaciones que los programas de atención materno-infantil establecen; este es un factor que se ubica por el personal de salud como el inicio de una mala nutrición de la infancia y determinante de enfermedades.

La higiene es otro problema identificado, el personal de salud dice que los niños están descuidados y sucios.

A los más pequeños, por estar todo el tiempo con su madre, se les mantiene más limpios, pero no se les baña todos los días, el cambio de ropa no es diario y los pañales desechables han sustituido a los lienzos de tela, pero no se realiza un cambio constante de pañal, si acaso uno o dos por el día y uno en la noche, ya que el gasto que representa la compra de pañales es alto, pero es más fácil que usen desechables porque no tienen agua [enfermera].

Con relación a la vigilancia del crecimiento, desarrollo y vacunación de estos niños, las enfermeras consideran que las madres triquis son obedientes, siguen los lineamientos que el equipo de salud les marca, les gusta que se los pesen y midan, que los vacunen porque saben que así van a estar sanos y van a crecer fuertes.

"Lo que a las madres no les gusta es ir a perder toda la mañana en una consulta médica; pero si llegamos a su predio, ellos acuden con sus niños y aceptan los lineamientos que se les dan". Las enfermeras no refirieron ningún inconveniente o problema para la aplicación de vacunas; incluso observamos que cuando ellas llegan al predio con la lista de niños a los que les toca refuerzo o alguna dosis, se les acumulan grupos de personas

⁵ Introducción de alimentos no lácteos en la alimentación infantil.

⁶ Suspensión de la lactancia materna.

preguntando si pueden llevar a sus hijos, pues quieren que se les den gotas o se les apliquen inyecciones para no enfermarse.

Se tiene la representación de que estos pequeños tienen un desarrollo deficiente debido a su mala alimentación, sólo basada en leche materna, lo que condiciona que sean poco activos, “se sientan, gatean y caminan con retraso en comparación con los niños urbanos” [educadora de calle].

El afecto que se les tiene a los pequeños es algo que destacan casi todos los sujetos que han trabajado con los triquis. Por lo general, a los niños pequeños se les cuida muy bien, se le habla en su idioma con palabras cariñosas, se le besa y abraza; las madres los cargan con el rebozo, no se les deja llorar y se satisfacen sus necesidades con prontitud y afecto. La intervención del varón en el cuidado de los nenes es un aspecto en que la opinión se divide: para los sujetos que no pertenecen al equipo de salud, los varones tienen una presencia afectuosa con sus hijos; si bien, no permanecen constantemente con ellos, el tiempo que les dedican es cálido y afectuoso. En cambio, el personal de salud opina que los varones están ausentes, no tienen casi ningún tipo de relación con los niños, no los cuidan, no juegan con ellos y generalmente su contacto se limita al maltrato físico o verbal, sobre todo de los escolares.

Tanto el personal médico como el escolar hace hincapié en el descuido en que se encuentran los niños mayores (preescolares); ponen énfasis en la falta de vigilancia en su aseo personal, ingesta excesiva de golosinas y la ausencia de estímulo/vigilancia de la asistencia escolar.

Yo las veo en la calle cuando venden, se llevan a sus hijos; los más chiquitos están ahí con ellas, los más grandecitos van y vienen, venden pulsera, diademas, chicles, piden limosna, un taco, se regresan al predio; así están, van y vienen [maestra de calle].

El descuido hacia los escolares percibido por estos prestadores de servicio, es valorado como un posible factor de riesgo para que estos niños y jóvenes se conviertan en drogadictos, niños de la calle o rateros, porque no tienen la vigilancia de los adultos.

Fue doloroso escuchar de voz de una enfermera del centro de salud y nuevamente de una vecina, el terrible suceso de la violación de una pequeña triqui por un sujeto que visita un edificio contiguo: “Vino el esposo de M. y me dijo si ya sabía, le dije que sí, pero que ellos tenían la culpa por dejar a la niña que anduviera sola y se metiera ahí al edificio”.

Todos estos sujetos reconocen en los niños triquis una gran capacidad de interacción con diversos sujetos que llegan al predio o conviven con ellos en la calle; son niños muy atentos a cuanto se les dice, y aprenden

rápido, ya sea cosas que les hacen mejorar como las enseñanzas escolares, o las mañas, mentiras y maneras de obtener fácilmente beneficio de los otros. Son los interlocutores obligados de cualquier persona que llegue al predio, los primeros en enterarse que se va a hacer y también los primeros en obtener un dulce o un peso como gratificación.

La mayoría son cariñosos y colaboradores en las actividades que se les proponen, aunque también los hay groseros y abusivos que no dejan trabajar a los otros; por lo general estos últimos son los varones púberes o adolescentes que no están conformes con nada [maestra de calle].

También se hace mención del maltrato físico de que son víctimas estos pequeños por parte de algunos padres, que los golpean por desobedientes o groseros; una vecina del predio nos refirió haber presenciado la golpiza que un padre triqui le propinó a uno de sus hijos de nueve años de edad:

... el hombre estaba encolerizado y alcoholizado, yo intervine reprendiendo al señor, a lo que me respondió que “era su hijo y lo podía golpear cuanto quisiera”, lo amenacé con llamar a una patrulla y levantarle una demanda, lo que le asustó y evitó que siguiera golpeando al niño.

Otro aspecto del que hace mención el equipo de una ONG y la vecina es la pérdida de algunos niños; la opinión es que el descuido de los padres ha hecho que éstos se les pierdan. Se narra el caso del hijo de “N” que se le perdió mientras vendía, y después de varias semanas lo recuperó. También narran la pérdida de una niña pequeña (menor de dos años), que al parecer fue robada a su madre mientras ella vendía cerca de La Villa, aunque otros opinan que posiblemente la regaló. No se tiene certeza de que el obsequio de los niños sé dé entre estos grupos, pero es un rumor que frecuentemente se escucha, ya que consideran que ante tanto niño, seguramente más de una estaría dispuesta a regalar un hijo para mejorar la vida de los otros.

ENFERMEDAD Y MUERTE INFANTIL

Un aspecto que resaltan todos nuestros informantes es que existe un reconocimiento de estas familias de la diferencia en la presencia de enfermedad y riesgo de muerte de sus niños, antes en su pueblo y ahora en la ciudad. Ellos reconocen que mientras vivieron en el pueblo sus hijos se enfermaban con más frecuencia y las posibilidades de curarlos no siempre eran accesibles; esto ocasionó enfermedades graves y numerosas muertes infantiles. En cambio ahora, refieren que estando en la ciudad sus hijos se enferman menos y sobre todo, pueden recurrir a diferentes lugares para atenderlos y

curarlos; a lo largo de los más de diez años que tienen de vivir en la ciudad, las muertes infantiles han sido escasas.

Las enfermedades infantiles más frecuentes que reconoce el equipo de salud en este grupo social son las infecciones respiratorias como gripa, anginas y, con menor frecuencia, bronquitis, que acompaña a los cuadros diarreicos y parasitosis. Solamente los informantes que no pertenecen al personal de salud identificaron enfermedades tradicionales como causas de enfermedad, entre éstas, el mal de ojo y el empacho, así como recursos herbolarios y rituales para curarlos por parte de las madres o los curadores; el personal de salud las ignora o las niega.

Ante los casos de gravedad o la necesidad de manejo quirúrgico hospitalario, nuestros informantes refirieron que se realiza consulta comunitaria con la autoridad del predio para decidir si el niño se hospitaliza y opera, ya que se tiene desconfianza y miedo del trato y resultado de la intervención, además de la representación de que al sacarle sangre al enfermo, se le debilita. Este proceso sorprende al personal de salud que no está acostumbrado a este tipo de relaciones al interior de un grupo.

El personal de salud considera que la capacidad de defensa de estos niños es mayor que la de los niños urbanos, ya que por las condiciones de insalubridad en que viven seguramente han generado una serie de defensas que les permitirán sobrevivir casi a cualquier contrariedad.

También se reconoce que cada vez con mayor frecuencia se presentan enfermedades para las cuales el grupo no tiene una explicación ni saben cómo solucionarlas; tal es el caso de la diabetes que ocasionó la muerte de dos adultos por mal manejo y complicaciones. Esto ha generado el aprendizaje del grupo respecto al cuidado y gravedad que puede tener este tipo de enfermedades, que incluso pueden ser mortales si no se les atiende con premura y constancia.

El equipo de salud identifica un perfil epidemiológico en este grupo triqui, semejante al de la gente urbana que vive en sus mismas condiciones de pobreza, “se enferman igual que los de aquí, todo depende de cómo se cuiden”.

Se desconocen las causas y números reales de la muerte infantil, ya que se dice que los niños triquis mueren en sus casas, sin registro de su nacimiento y sin registro de sus muertes; son llevados al pueblo en brazos de su madre para evitar trámites burocráticos y legales que implica el traslado de un cadáver, por lo que la doctora del centro de salud afirma: “... así hacen estas gentes; esos niños pasan como si no pasaran, como que no existen, porque ni hoja de alumbramiento [*sic*] de su parto, ni acta de nacimiento y menos de defunción [tienen]”.

Los casos de gravedad —por deshidratación secundaria a diarrea, o insuficiencia respiratoria secundaria a procesos respiratorios— han recibido atención temprana, por intervención oportuna del personal del centro de salud, que incluso llevaron a los niños personalmente a los hospitales, y ha estado atenta a su ingreso y evolución, con lo que ha logrado una respuesta positiva y la supervivencia de los menores.

Para el personal de salud, estos grupos domésticos acuden cada vez con más regularidad y constancia a demandar la atención biomédica para sus hijos, y siguen con obediencia las indicaciones, porque reconocen que esto les ha traído beneficios significativos en la disminución de las complicaciones.

Consideran que la vigilancia del crecimiento y desarrollo de sus hijos es útil y efectiva para que crezcan sanos, y se apegan a las indicaciones que los programas implantan, así como a la temprana atención y seguimiento de las indicaciones terapéuticas que los médicos les dan, por considerarlos útiles para la curación de sus enfermedades, pues reconocen que la gravedad y riesgo de muerte en sus hijos se aleja cada vez más desde que viven en la ciudad, en comparación con los riesgos y alta mortalidad que tenían como una experiencia de todas las familias en el pueblo.

De como te veo, te trato

El conocimiento y manejo de los aspectos socioculturales en salud y en la práctica de la medicina, han sido temas secundarizados y politizados por las autoridades académicas y sanitarias de México.

Dicha secundarización es estructural a un tipo de modelo y sistema médico que considera que la práctica de la medicina debe ser igual para todos, independientemente de las variables sociales, económicas, políticas y culturales de las poblaciones receptoras de dichos servicios médicos. La homogenización permea en el pensamiento y en el discurso del modelo médico hegemónico. En la práctica, lo que observamos es la desigualdad social, la diferenciación económica, la dominación política y la heterogeneidad cultural [Campos, 2003].

Al enfrentarse el profesional de la salud a una realidad tan contrastante tiende a crearle confusión y resistencia, derivada de una limitada formación académica que se centra exclusivamente en aspectos biomédicos, y por lo tanto carece de elementos conceptuales que les permitan comprender los aspectos culturales de la práctica sanitaria.

Los triquis son vistos por sus interlocutores urbanos como diferentes por ser indígenas, se reconocen las condiciones de pobreza, insalubridad y limitaciones económicas en que estos grupos domésticos viven, pero se tienen prejuicios sobre ellos, etiquetándolos de necios, testarudos y resis-

tentes al cambio, por lo que resulta difícil trabajar con ellos y lograr transformaciones por medio de los programas de salud.

Se argumenta que el contacto y la relación que establecen con los servicios de salud y su personal han sido benéficos para el grupo. Pero el éxito de esta interacción se dio por iniciativas personales, más que por decisión institucional, ya que la médica que les da atención manifiesta interés en atenderlos y solucionar sus problemas, pero esta acción no tiene eco entre otros integrantes del equipo y menos todavía en otros médicos. En general, podemos reconocer relaciones de discriminación, maltrato y negligencia hacia estos sujetos indígenas.

El trabajo del equipo de salud con los miembros de este grupo se identifica como difícil; se reconoce su desconfianza y falta de interés en aspectos que para el equipo son centrales. No obstante, se afirma que tienen una gran aceptación y confianza en la atención médica, han aprendido los requisitos y normas que la institución les impone y, en consecuencia, obtienen beneficios en su salud que los ha llevado a disminuir los riesgos de complicación y gravedad de diversos padecimientos, incluido el proceso reproductivo. Esta situación es ampliamente reconocida por ambas partes.

Los miembros del personal de salud, al igual que otros interlocutores, tienen un conocimiento parcial del grupo; solamente miran lo que tiene que ver con sus intereses. Desconocen muchos referentes de su comunidad de origen, sus saberes y sus curadores, e incluso niegan la existencia de dichos recursos. Tal es el caso de las prácticas realizadas durante el embarazo/parto/puerperio por las parteras; el personal de salud considera que han desaparecido por no ser funcionales, y que han sido sustituidas por las médicas, que son las que realmente les han demostrado eficacia.

En contraparte, sujetos institucionales que no pertenecen al ámbito médico tienen una visión también fragmentada, ya que resaltan la perseverancia y predominio de saberes tradicionales respecto de su familia y el proceso reproductivo, e incluso afirman rechazo, desconfianza y renuencia a utilizar los servicios médicos institucionales. Estas aseveraciones chocan con lo observado por nosotros en la consulta médica en el predio o en el centro de salud, lo mismo que con la amplia demanda de atención por parte de estos grupos domésticos triquis, y el reconocimiento de eficacia terapéutica en los diferentes niveles de atención, junto con el consumo constante y creciente de fármacos.

Un objetivo central de todos los prestadores de servicios con estos sujetos indígenas es transformarlos. Se refirió la intención de cambiarlos y hacerlos como “la gente de la ciudad”.

Es difícil para la población urbana y en especial desde las instituciones, aceptar y transitar con la diversidad, la diferencia. Romper con los patrones que homogeneizan, estandarizan, y a partir de ahí, planear y construir estrategias de atención o intervención. Trabajar con sujetos sociales diferentes, no sólo por su apariencia, sino por su idioma, su cultura, su manera de ver el mundo, incluido el proceso s/e/a, genera incertidumbre, desconfianza que se puede transformar en maltrato y negligencia.

Surge la necesidad de regresar al terreno seguro, donde los sujetos son iguales, las familias también y todos tienen que guardar las normas de interacción que rigen la vida en la ciudad. Los indígenas no caben en este patrón, hay que transformarlos para hacerlos como los otros sujetos urbanos, pobres y marginados, pero urbanos. Ya no pueden tener todos los hijos que quieran porque ya no hay cómo darles de comer, tienen que controlar su natalidad. Su relación violenta, abusiva y manipuladora hacia la mujer debe transformarse, pues atenta contra los derechos humanos. Los jóvenes no deben casarse a tan temprana edad y deben estudiar. Su alimentación debe ser más nutritiva, elaborando los alimentos como el patrón de familia urbana lo establece y no malgastar en alimentos chatarra. Deben quedarse a vivir en su pueblo; su vida en la ciudad les acarrea perjuicios más que beneficios.

No tomar en cuenta la procedencia étnica y rural de los triquis, hace perder de vista su origen, las condiciones reales de vida, las causas de su migración y las implicaciones que esa movilidad trajo a sus vidas. Se les pierde de vista como sujetos emprendedores, dispuestos al cambio y a la optimización de sus recursos para sobrevivir. Se les representa como sujetos reacios, necios, de difícil trato, manipuladores y dilapidadores de los beneficios institucionales. Sujetos con los que es muy difícil trabajar por su resistencia a las propuestas institucionales, que no saben aprovechar. O bien, como la implantación de un pedazo de etnia en el suburbio urbano, que trae consigo la tradición y es resistente a lo que la técnica y a los beneficios que la biomedicina le ofrece.

Es indispensable hacer visible la heterogeneidad, la coexistencia de diversos códigos simbólicos en un mismo grupo y las interacciones culturales para comprender el fenómeno de continuidad/discontinuidad cultural que conlleva la migración.

BIBLIOGRAFÍA

Bonfil Batalla, G.

1972 "El concepto de indio en América: una categoría de la situación colonial", en *Anales de Antropología IX*, 1972, pp. 35-45.

1987 "La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos", en *Papeles de la Casa Chata*, México, año 2, núm. 3, CIESAS, 1987, pp. 23-43.

Bonfil, P. y Lalli Point

1999 *Las mujeres indígenas al final del milenio*, México, Fnuap-Conmujer, pp. 279-98.

Campos, R.

2003 *Una visión general sobre la medicina intercultural*, México, Yolpahtli.

Cardoso de Oliveira, R.

1972 *Urbanización y tribalismo: la integración de los indios terena a la sociedad de clases*, México, Instituto Indigenista Interamericano.

1992 *Etnicidad y estructura social*, México, CIESAS.

Freyermuth Enciso, G.

2003 *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres.

García Canclini, N.

1990 "Culturas híbridas, poderes ocultos", en *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, México, Grijalbo, pp. 263-327.

Giménez Montiel, G.

2000 "Identidades étnicas. Estado de la cuestión", en *Los retos de la etnicidad en los estados nación del siglo XXI*, México, INI-CIESAS, Miguel Ángel Porrúa, pp. 45-70.

Méndez, D.

1994 "Etnia, migración y salud infantil en la ciudad de Guatemala", en *Estudios Sociodemográficos de Pueblos Indígenas*, Chile, CELADE, pp. 349-364.

Mendoza González, Z.

2002 "De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en La Merced", tesis doctoral en antropología social, México, CIESAS.

Menéndez, E. L.

1993 "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica", en F. J. Mercado *et al.* (Coords.), en *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, pp. 130-162.

Oehmichen, C.

2001 "Mujeres indígenas migrantes en el proceso de cambio cultural. Análisis de las normas de control social y relaciones de género en la comunidad extraterritorial", tesis doctoral en antropología, México, UNAM-Facultad de Filosofía y Letras.

Ortega, Hoil y Lendecky

1999 "Proceso reproductivo femenino: género, representaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco", en *Género y salud en el sureste de México*, México, vol. 2, Ecosur, Unfpa, Coespo (Estudios de Género en la Frontera Sur), pp. 423-443.

Las lógicas del no-reconocimiento y la lucha cotidiana de las migrantes zapotecas en Estados Unidos.

Breve etnografía del servicio doméstico

Alejandra Aquino Moreschi

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco,
Departamento de Relaciones Sociales, México*

RESUMEN: *En los países del Norte, el trabajo en el servicio doméstico está reservado casi exclusivamente a mujeres migrantes originarias de países del Sur. En las últimas décadas, miles de mujeres oaxaqueñas han emigrado a Estados Unidos y se han insertado mayoritariamente en este nicho laboral. A partir de una investigación etnográfica en la ciudad de Los Ángeles con migrantes zapotecas de la Sierra Norte de Oaxaca y la conexión de este material empírico con algunas reflexiones de Axel Honneth en torno al reconocimiento, me propongo dar cuenta de la experiencia de estas mujeres como trabajadoras domésticas y del tipo de relaciones laborales y personales que se establecen en este nicho laboral. La experiencia como unidad analítica me permitirá aprehender las subjetividades de estas mujeres, restituyendo así su papel como actoras sociales.*

ABSTRACT: *In Northern countries, domestic service is reserved almost exclusively to migrant women from countries of the South. In recent decades, thousands of Oaxacan women have migrated to the us and mostly have been inserted in this occupational niche. Based on ethnographic research in the city of Los Angeles with Zapotec migrants from the Sierra Norte of Oaxaca and the connection of this empirical material with some thoughts by Axel Honneth, I intend to report the experience of these women as domestic workers and the type of work and personal relationships that are established. The analytical unit experience will allow me to capture the subjectivities of these women, thereby restoring their roles as social actors.*

PALABRAS CLAVE: *Servicio doméstico, migración, luchas por el reconocimiento, Los Ángeles, Oaxaca.*

KEYWORDS: *Domestic service, migration, struggles for recognition, Los Angeles, Oaxaca.*

* Posdoctorado dentro del proyecto “Cultura política en regiones y localidades de alta intensidad migratoria. Perspectivas generacionales”.

INTRODUCCIÓN: EL SERVICIO DOMÉSTICO EN LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Históricamente, el trabajo en el servicio doméstico ha sido devaluado.¹ Por mucho tiempo ni siquiera fue considerado un “verdadero trabajo” y quien lo desempeñaba tampoco era percibido como un “verdadero trabajador”; este tipo de actividades se veía más bien como un “servicio” aportado por un miembro de la familia [Pasleau y Schopp, 2002:3], por lo general, una mujer o cualquier persona que al interior de una sociedad se encontrara en la parte más baja de las jerarquías económicas, sociales y de género. Hoy en día, el trabajo doméstico sigue careciendo de un reconocimiento social y de una adecuada remuneración. Incluso en las sociedades democráticas del primer mundo en las que se supone predominan representaciones igualitarias de las relaciones sociales, este trabajo se desarrolla en medio de lazos de dependencia personal que contradicen el ideal del trabajador libre bajo relaciones contractuales [Vidal, 2007:9].

A partir de una investigación etnográfica con migrantes zapotecas originarias de la Sierra Norte de Oaxaca, me propongo dar cuenta de su experiencia como trabajadoras domésticas en la ciudad de Los Ángeles, así como del tipo de relaciones laborales y personales que se establecen en este nicho laboral y de las formas de resistencia de las trabajadoras. La migración de las mujeres zapotecas a Estados Unidos forma parte de un fenómeno planetario que ha sido analizado por distintas académicas: la inserción laboral de millones de mujeres provenientes de países del Sur al trabajo doméstico en hogares del Norte [Hondagneu-Sotelo, 2007, 2001; Ehrenreich y Hochschild, 2003; Hochschild, 2000; Anderson, 2000; Salazar-Parreñas, 2001; Henshall, 1999]. La creciente presencia de mujeres en una gran variedad de circuitos transfronterizos es interpretada por Sassen [2003] como un indicador de la “feminización de la supervivencia”, es decir, del hecho que cada vez más mujeres de los países del Sur sean las responsables del sustento de sus familias, así como de las economías de sus países, vía el envío de remesas.

Pese a la importancia creciente del servicio doméstico a escala mundial, es difícil ofrecer cifras confiables sobre el número de personas que trabajan en este sector, así como de su importancia económica, ya que el carácter informal de este tipo de empleo y el hecho de que gran parte de las personas que lo ejercen son migrantes irregulares, dificulta la obtención de estadísticas de la población activa en este sector [D'Souza, 2010:15]. Pese a lo anterior, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha hecho recientemente

¹ Servicio doméstico: “el conjunto de empleos a domicilio concernientes a las actividades de limpieza y asistencia a niños o a personas dependientes” [Scrinzi, 2007:91].

algunas estimaciones en las que calcula que más de 100 millones de personas trabajan en este nicho laboral [OIT en Red Internacional de Trabajadoras del Hogar, 2010:3], lo que ayuda a darnos una idea de la importancia del sector. En el caso particular de Estados Unidos se calcula que el número de trabajadores en este nicho va de 1.5 a 2.5 millones de personas [Red Internacional de Trabajadoras del Hogar, 2010:4], y se estima que por lo menos 1.23% de las empleadas en hogares particulares son migrantes irregulares [Passel y Cohn, 2009:16].

Ehrenreich y Hochschild [2003:3] muestran cómo la demanda creciente de servicios domésticos en los países del Primer Mundo tiene que ver con la incorporación de las mujeres de estos países al mercado laboral, quienes al convertirse en un importante sostén de sus familias, tienen que hacer frente a una sobrecarga de trabajo, pues, por lo general, los hombres no están dispuestos a compartir las tareas del hogar, ni el cuidado de los niños, y como afirman Pasleau y Schopp [2002:2], el sector público no tiene la capacidad para satisfacer las nuevas necesidades de las familias.

La llamada “doble jornada” de trabajo femenino se ha “resuelto” contratando a mujeres que se encuentran en una situación económica más desfavorable. Así, la fórmula perfecta para sostener el modelo patriarcal capitalista y el estilo de vida de las clases medias y altas de los países industrializados ha sido la transferencia de las tareas asociadas con el rol tradicional de madres y esposas a las mujeres de países del Sur [Ehrenreich y Hochschild, 2003]. Esta transferencia de tareas no sólo permite que las mujeres del Primer Mundo se incorporen al mercado laboral asalariado, sino también que tengan tiempo para actividades más interesantes, prestigiosas y gratificantes [Rollins, 1990:67; Kaufmann, 1995]; todo esto sin necesidad de transformar el sistema patriarcal de familia, en el que las tareas del hogar son concebidas como un trabajo “natural” de la mujer [Henshall, 1999:4]. Así, la presencia de mujeres inmigrantes en servicios de atención personal permite que las jerarquías de género se conserven en los hogares de sus contratantes [Morokvasic, 2007:39; Rollins, 1990:74].

Ehrenreich y Hochschild [2003:4-5] han demostrado cómo a escala planetaria estamos viviendo una fase del capitalismo en la que las naciones del Norte ya no sólo extraen recursos naturales del Sur, ahora también extraen afecto y cuidados maternos y, por supuesto, mano de obra barata. De tal forma que las mujeres migrantes no sólo aportan su trabajo a las economías del Norte, también aportan recursos emocionales indispensables y se encargan de los detalles y cuidados que permiten que funcionen los hogares de los países ricos [Ehrenreich y Hochschild, 2003:4-5]. Para dar cuenta de este fenómeno, Hochschild [2001] desarrolló el concepto de “cadenas mun-

diales de afecto y asistencia”, mediante el cual muestra cómo se globaliza la “reproducción social” y se conecta el ámbito público con el privado. Otro aporte de la autora es señalar cómo la “plusvalía” del trabajo de estas mujeres —en este caso una plusvalía que es también emocional— se queda en el Norte en detrimento de las familias del Sur.

La investigación que se presentará a continuación se ubica dentro de esta tesis general sobre la globalización de la reproducción social, es decir, consideramos que la migración de las mujeres zapotecas se enmarca en esta dinámica global. Sin embargo, se propone un análisis etnográfico a la luz de las reflexiones de Axel Honneth [2000 y 2004] en torno a las luchas por el reconocimiento y el concepto de “experiencias morales” de desprecio en las que las expectativas de ser reconocidas no se realizan. Este marco analítico me parece adecuado, ya que las mujeres zapotecas analizan y expresan su experiencia en este mercado laboral a partir de categorías morales; además, me permite mejor que otros aprehender las subjetividades de estas mujeres, enfatizar su papel como actrices sociales y captar los efectos concretos de la estructura sobre su vida cotidiana y su persona.

Toda la información aquí presentada proviene del trabajo de campo desarrollado entre 2005 y 2007 en el municipio de Yalalag, Oaxaca y, principalmente, en la ciudad de Los Ángeles, California.² La metodología privilegiada fue la etnografía, entendida como un tipo de aproximación a la realidad que “reposa sobre una inserción personal y de larga duración en el grupo que se estudia” [Schwartz, 1993:267], en este caso la comunidad de migrantes yalaltecas establecida en Estados Unidos, con cuyos miembros tengo lazos de parentesco, lo que fue clave para mantener una convivencia cotidiana intensa y acceder a sus espacios de socialización más íntimos. El trabajo etnográfico fue complementado con 40 entrevistas a profundidad dirigidas a mujeres yalaltecas de entre 15 y 55 años, es decir, tres generaciones de migrantes zapotecas que desde que llegaron han trabajado en el servicio doméstico.³

El análisis del servicio doméstico en una de las grandes ciudades del primer mundo nos permite comprender una de las principales modalidades bajo las cuales se insertan al mercado de trabajo estadounidense la mayor parte de las migrantes mexicanas; al mismo tiempo que arroja luz sobre algunos de los límites de las democracias del primer mundo que se dicen

² El siguiente artículo está basado en un capítulo de mi tesis doctoral: *Entre luttres indiennes et “rêve américain”. L’expérience migratoire des jeunes indiens mexicains aux Etats-Unis*, École des Hautes Études en Sciences Sociales, París, 9 de abril de 2010.

³ Setenta y cinco por ciento de estas mujeres se encuentran en situación irregular y el 25% cuenta con residencia legal o ciudadanía.

fundadas en un principio de libertad e igualdad, donde se creían abolidas este tipo de relaciones sociales y laborales. Finalmente también nos da la oportunidad de reflexionar sobre las luchas cotidianas por el reconocimiento de aquellos actores que, como las mujeres zapotecas, se encuentran situados en lo más bajo de las jerarquías económicas y sociales.

LAS LÓGICAS DEL NO-RECONOCIMIENTO

En Estados Unidos, el trabajo doméstico siempre ha sido una actividad reservada casi exclusivamente a las mujeres inmigrantes: irlandesas, alemanas, escandinavas, holandesas, afroamericanas y latinoamericanas, se han sucedido en este empleo a lo largo del tiempo [Schneider, 2003]. Este tipo de trabajo ha sido históricamente devaluado, de forma que quienes lo han desempeñado han sufrido de un déficit de reconocimiento. Siguiendo a Honneth [2004:140], entiendo por reconocimiento “la atribución de un valor y un significado afectivo a otro”; este autor, en su relectura de Hegel y de Mead, distingue tres esferas y tres formas en las que se constituye la identidad personal y su reconocimiento. La primera proviene de lo que Hegel analiza bajo la rúbrica del amor (incluyendo las relaciones familiares y de amistad) y da acceso a la confianza en sí mismo; la segunda proviene del campo del derecho (es el reconocimiento jurídico, lo que en el caso analizado sería la posesión de “papeles”) y da acceso al respeto de sí; la tercera se refiere a solidaridad que se despliega al seno de una comunidad política y permite la realización de la autoestima [Honneth, 2000].

La experiencia de las migrantes zapotecas en el servicio doméstico de la ciudad de Los Ángeles está marcada por lo que Honneth [2000:195-196] llama “experiencias morales” de desprecio, en las que las expectativas de reconocimiento, profundamente enraizadas en todo ser humano, no se realizan. Este concepto resulta pertinente para dar cuenta de la vivencia de estas mujeres, ya que cuando describen su experiencia en el servicio doméstico apelan sobre todo a categorías morales como la ofensa, la humillación, la burla, la indiferencia, todas ellas directamente vinculadas con la ausencia de reconocimiento.

A partir de los relatos de las mujeres zapotecas sobre su trabajo, pude ubicar cinco lógicas o formas en las que se expresa el no-reconocimiento y que provocan “experiencias morales” de desprecio entre las trabajadoras: la inferiorización, la infantilización, la invisibilidad, la sospecha y la dominación “consentida”. Estas lógicas estructuran las relaciones laborales en el servicio doméstico y permiten, más que en otros trabajos, la existencia de relaciones sociales degradadas y discriminantes.

La falta de reconocimiento puede provocar que las personas o grupos que son objeto de ésta no logren tener una relación positiva consigo mismos y que se abra en su personalidad una brecha psíquica por la que se introducen emociones negativas, como la vergüenza o la tristeza, entre otros sentimientos que expresan la pérdida de confianza, respeto y autoestima [Honneth, 2000:166]. A continuación voy a presentar cómo funciona concretamente cada una de estas formas de no-reconocimiento y el tipo de agravios morales que provocan en las trabajadoras. Por supuesto, la separación de lo que llamo las lógicas del no-reconocimiento sólo tiene fines analíticos, pues en la realidad se encuentran interconectadas y resulta muy difícil diferenciar claramente una de otra.

La inferiorización

“Hay unos [patrones] muy déspotas, te tratan [como] lo que creen que eres, porque para ellos eres una ‘sirvienta’, y sí, de hecho aquí lo eres, ¿no? Entonces así te tratan”.⁴ Este testimonio es revelador de la primera forma en la que se expresa el no-reconocimiento en el servicio doméstico: la inferiorización de la trabajadora, quien muchas veces es denominada, percibida y tratada como una “sirvienta” y no como una trabajadora. Entiendo por inferiorización aquellas acciones o actitudes encaminadas a rebajar el estatus del otro y afirmar la superioridad del propio. La inferiorización de estas trabajadoras se manifiesta de forma burda o sutil, según el estilo de cada empleadora, y puede tomar formas muy variadas: rituales de cortesía en una sola dirección, malos tratos, restricciones en el uso del espacio o en el acceso a la comida, desarrollo de tareas consideradas ingratas o humillantes, etcétera.

Una primera forma de inferiorización se expresa bajo la forma de expresiones y actos de deferencia no recíprocos [Rollins, 1990: 71]. Como explica esta autora, para afirmar su superioridad la “patrona” le exige a la trabajadora que siga una serie de rituales de deferencia que tienen como función valorizar a la empleadora. Entre ellos destacan: hablarle de usted, mantenerse de pie en su presencia, hacer pequeñas reverencias, bajar la cabeza, siempre estar de acuerdo o cualquier acto o expresión que sirva para mostrar respeto ante la “patrona” [Rollins, 1990:71].

Otra forma en la que se trata de inferiorizar a las trabajadoras es restringiéndoles el uso del espacio. Es común que las “patronas” les prohíban a las empleadas hacer uso de ciertos espacios u objetos de la casa: “Llévate tu comida y la comes en tu cuarto, porque no quiero que te sientes ahí, así me

⁴ Entrevista personal a Lola, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2005.

dijo la patrona”, explica una mujer zapoteca [Lola, Los Ángeles, 2005]. El mensaje implícito que la empleadora intenta transmitirle a Lola por medio de esta restricción es que su estatus social es tan insignificante que no es posible que compartan el mismo espacio para comer. También hay casos en que las empleadoras les prohíben a las trabajadoras consumir ciertos alimentos, por lo general, productos de lujo que reservan para ellos o sus invitados. Todo este tipo de restricciones son mucho más frecuente de lo que uno podría imaginar⁵ y siempre tienen la misma función: inferiorizar a las trabajadoras y al mismo tiempo afirmar la supuesta superioridad de clase y raza de la “patrona”.

La infantilización

La segunda lógica del no-reconocimiento es la infantilización; entendiendo por esta toda acción encaminadas a marcar la minoría de edad de las trabajadoras migrantes, es decir, el trato como si fueran menores de edad o personas “en formación”, sin autonomía, sin derechos, ni capacidad de discernimiento [v. Rollins, 1990:71]. Como explica una de las mujeres zapotecas: “Hay patronas que no más están atrás de uno, como si fuéramos niños y hasta te pasan el dedo por donde ya limpiaste para ver si lo hiciste bien”. Las mujeres, en cambio, aprecian cuando la empleadora les tiene confianza y las dejan hacer su trabajo como ellas consideran, porque esto se ve como una forma de reconocer los conocimientos de su profesión.

Su infantilización también se manifiesta en comentarios cotidianos o señalamientos humillantes o incluso racistas que los patrones se autorizan a hacer; por ejemplo, sobre su peso, su salud, su alimentación, la forma en la que cuidan a sus hijos. Estos actos aparentemente “inocentes” o bien intencionados revelan, en el fondo, hasta qué grado las “patronas” se perciben como personas superiores frente a sus empleadas. Veamos una escena reveladora de esta situación.

Ese día llevé temprano a mi patrona a la clínica y ahí la estuve esperando todo el día, ya como a las 2:00 p.m. salió de la consulta y me dijo que la llevara a comprar un caldo de pescado porque tenía hambre. “¿Tú vas a comer?”, me dijo. “Sí, ya pasé a *Mac Donalds* y compré unos *nougets* con *soda*”, le digo. “Entonces vas a comer *shit food*”, me dice. “Sí”, le dije. “No, eso no está bien para ti, tú tienes diabetes; además huele muy feo en el carro, abre la ventana”. Llegamos en el súper y me “parqué” y cuando se bajó del carro me dice: “Me voy a llevar esto”. Y se llevó la bolsa de mi comida y me dice: “Lo voy a tirar”. “Pero

⁵ Por ejemplo, v. para el caso de Madrid y Lisboa el artículo de Catarino y Oso [2000: 200-2002]

ese es mi *lunch*", le digo. "Si ya se que es tu *lunch*, pero esto es una *shit food*, es una mierda, mejor te compras un sándwich, pero este *shit food*, no lo comes". Y agarró la bolsa y lo fue a tirar, ¡un coraje que me dio! Y esa viejita ya después se arrepintió y pasamos por un *In-n-out* y me dice: "Rosi entra, entra pues allá para comprar una *hamburguer*". "No, *is the cheet food*" le dije. "Hohohoho, Rosi tú sabes cuales son los buenos vocabularios". "Sí pero como tú dijiste que era una *shit food*". "Ay Rosi tú sí eres un buen estudiante!!!, es un placer tenerte como alumna". Porque ella dice que es mi maestra...⁶

La "preocupación" por la salud de Rosi no es un acto desinteresado o filantrópico, es un deseo de dominación y de afirmación de sí por parte de la "patrona", que se lleva a cabo a partir de un acción "maternalista". Como explica Rollins [1990:73-74], la relación entre empleada y empleadora se basa en lo que ella denomina maternalismo; es decir, una relación entre superior y subordinada en la que la representante de la autoridad, al mismo tiempo que ofrece protección y afecto materno, ofende y rebaja: "La empleadora con su generosidad, su capacidad de amar y proteger, expresa a su propia manera su falta de respeto hacia su empleada en tanto que adulta autónoma" [Rollins, 1990: 74].

La "invisibilidad"

La "invisibilidad" es la tercera modalidad en la que se expresa el no-reconocimiento de las mujeres zapotecas. Como explica Honneth [2004:136-137], la historia ofrece numerosos ejemplos de situaciones en las que los dominantes expresan su superioridad social no percibiendo a aquellos que dominan: la situación más notoria es posiblemente cuando los nobles se autorizaban a desvestirse delante de sus empleadas domésticas, porque en un cierto sentido, éstas se encontraban simplemente ausentes. La "invisibilidad" de las trabajadoras domésticas es una práctica muy antigua que pervive hasta nuestros días en los más diversos contextos sociales, y que provoca un agravio moral a quien lo sufre.

La "invisibilidad" de una persona se consigue mediante la indiferencia hacia su persona, actuando como si no estuviera presente. Como explica Honneth [2004:137]: "ver a través" de alguien tiene un aspecto preformativo, porque exige de gestos o de maneras de comportarse que testifiquen claramente que el otro no es visto de forma intencional. Es común en las narraciones de las mujeres zapotecas escuchar, por ejemplo, que cuando están limpiando el piso, sus patronas pasan con los zapatos sucios sin disculparse, sin pedir permiso o al menos hacer un gesto que muestre que se

⁶ Entrevista personal a Rosi, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2006.

dan cuenta de que la empleada está realizando su trabajo: “Ellos pasan como burros, sin decir siquiera ‘con permiso’ ”.⁷ Otro ejemplo común en el que opera la “invisibilidad” es cuando los “patrones” se sientan a comer frente a la empleada y hacen como si no estuviera presente. Para las mujeres zapotecas, una regla de cortesía y reconocimiento elemental es “ofrecer” del alimento que se va a comer, y el no hacerlo representa una muestra de desprecio hacia el otro. No es casualidad que cuando las mujeres analizan en cuáles casas las tratan bien y en cuáles no, uno de los criterios que frecuentemente utilizan es si les “ofrecen” o no de comer, como cuenta Rosi: “La señora Nancy sí me quiere porque ahí sí me ofrecen la comida (...) porque cuando se quiere a una persona se le ofrece, no es necesario que se siente en la misma mesa, pero cuando menos se le ofrece, y ellos nunca ofrecen”.⁸ “Ofrecer”, en este contexto, se convierte en un pequeño acto de reconocimiento público que Rosi valora porque es una forma de tomarla en cuenta.

Otra situación en la que se expresa la invisibilidad de las trabajadoras es cuando los patrones ensucian lo que ellas acaban de limpiar, como si no “vieran” que ellas se encuentran trabajando, de modo que su trabajo no tiene fin. Como explica Eva: “Cuando limpio la cocina, ellos vienen y me dejan más trastes, los vuelvo a lavar y cuando termino me dejan otros, y al rato otros, y puros trastes (...) Y yo a veces pienso: ¿Qué no ven que estoy lavando?, ¿acaso están ciegos o soy transparente?”.⁹

La sospecha

La relación empleada-empleadora también está marcada por la lógica de la sospecha. Las trabajadoras tienen que hacer frente a la desconfianza, la duda y el recelo de sus empleadoras. Esta sospecha no es más que una duda sobre la calidad moral, la integridad y la honestidad de la empleada; y aunque con el tiempo la sospecha puede desaparecer, la empleada está obligada a demostrar su calidad moral y honestidad. Esto significa que *a priori* no se reconoce a la empleada como alguien digno de confianza.

La sospecha se basa en creencias, prejuicios y estereotipos que tienen las clases medias y altas sobre los migrantes mexicanos. Muchos de estos prejuicios están estrechamente asociados con el origen cultural y de clase social de las trabajadoras. En los testimonios de las mujeres podemos observar cómo la sospecha y la desconfianza provocan “experiencias morales” de desprecio,

⁷ Entrevista personal a Gina, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2006.

⁸ Entrevista personal a Rosi, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2006.

⁹ Entrevista personal a Eva, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2006.

pues la duda sobre su honestidad es vivida como una ofensa, una humillación y una falta de respeto que pone en entredicho su integridad moral y dignidad. Esta lógica de la sospecha está estrechamente relacionada con la lógica de la inferiorización: las “patronas” tienen dudas de sus empleadas porque las consideran moralmente inferiores a ellas. El principal miedo de las empleadoras es que les roben algún objeto de su casa.

Para ilustrar cómo opera la lógica de la sospecha, presentaré el caso de Flor: esta mujer zapoteca cruzó por primera vez la frontera en 1990 a los 19 años de edad. A la semana de haber llegado, fue contratada como empleada de planta por una pareja de abogados estadounidenses clase media, padres de dos niñas de siete y nueve años. Flor tenía que encargarse de todas las tareas de limpieza y cuidados del hogar, su jornada laboral empezaba a las seis de la mañana y terminaba a las nueve de la noche. El trabajo de planta es denominado por las mujeres zapotecas trabajo como “encerradas”, la metáfora del “encierro” es muy atinada, ya que es el término que mejor define una experiencia marcada por el aislamiento, la incomunicación, la soledad y la tristeza. Después de tres meses de trabajar “encerrada” en una casa en la que no recibía un buen trato, Flor llamó a un tío que vivía en Los Ángeles para que fuera por ella. Cuando le avisó a su empleadora que tenía pensado dejar el trabajo, ésta se enfureció y la acusó de ladrona: “Te vas porque seguramente algo te estás llevando”. Su reacción resulta reveladora de cómo siempre está presente la sospecha y la desconfianza.

La empleadora no puede deshacerse de sus prejuicios y estereotipos frente a un “otro” que considera de dudosa moralidad; por eso, en el momento en que Flor le dice que se va, lo único que se le ocurre es que le quiere robar, en ningún momento pudo pensar que tal vez después de tres meses de encierro, Flor extrañaba a su familia, se sentía sola, se sentía cansada de los malos tratos, etcétera. Como ella misma explica:

Ese día yo me cansé y le hablé a mi tío Pedro. Creo que estaba cansada de todo y le hablé y le digo: “¿Sabe qué tío?, venga a traerme porque yo ya no soporto más”. Cuando yo le dije a la señora que me iba se portó muy grosera, abrió mi maletita y me dijo, “¿A ver que te estás robando?”. Yo lo único que tenía era mi ropa y ella abrió mi maletita. Y pues es una humillación muy fea porque uno como quiera tiene un poquito de preparación, no vives en la ignorancia total, y entonces yo tenía una moralidad por la que estaba yo cuidando.¹⁰

Para Flor esta experiencia representa una humillación directa a su dignidad, una vergüenza que marcó su trayectoria migratoria. Este tipo de experiencias no son raras, por eso las trabajadoras tienen que hacer grandes

esfuerzos por demostrar su honestidad y cuidar su honorabilidad de acusaciones fundadas únicamente en prejuicios de sus empleadoras. Como explica Bertha: “Ellos (sus ‘patrones’) piensan que porque somos pobres, que como no estudiamos o porque venimos de un pueblo, somos capaces de robar”.¹¹

La dominación “consentida”

Las empleadoras se esfuerzan por mantener a las trabajadoras en una situación de dominación “consentida” y para ello hacen todo por establecer lazos de dependencia emocional que les permitan afirmarse en una relación asimétrica y beneficiarse del trabajo de la empleada. A diferencia de las otras lógicas analizadas que se derivan de una falta de reconocimiento, en el caso de la dominación lo que tenemos es un “falso reconocimiento”; es decir, una actuación mediante la que se intenta hacerle creer a la trabajadora que se le estima y se le atribuye un valor social, pero que de forma consciente o inconsciente crea lazos más profundos de subordinación y acaba con la autonomía de la trabajadora.

El “falso reconocimiento” moviliza principalmente los vínculos emocionales que se construyen en la relación empleada-empleadora. El trabajo doméstico, en especial el cuidado de niños o ancianos, involucra un fuerte vínculo afectivo, pues una de sus funciones es justamente proveer de “afecto y cuidados”. Los recursos emocionales que aportan las mujeres migrantes resultan indispensables para el buen funcionamiento de los hogares del Norte. El vínculo emocional que crea la empleada con la familia para la que trabaja también es importante, sobre todo cuando se trata de niñeras o empleadas de planta que viven largos periodos en el seno de la familia. En algunas investigaciones se ha mostrado cómo para las trabajadoras domésticas el aspecto principal para evaluar su trabajo es el trato que reciben [Rollins, 1990:68]; es decir, ni el salario, ni los horarios tendrán tanta importancia como la dimensión afectiva: sentirse queridas, apreciadas y respetadas es fundamental. Como explica Flor:

En esa casa sí me fue bien (...) me “encerré” otra vez, pero fue diferente que en la otra casa, porque esas personas me agarraron como si yo fuera su hija, porque ellos me querían mucho, ellos cenaban conmigo en la mesa y siempre decían: “Tú eres mi familia”.¹²

Que la dimensión afectiva juegue un lugar central en la relación entre empleada y empleadora no significa necesariamente que esto produzca relacio-

¹¹ Entrevista personal a Bertha, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2005

¹² Entrevista personal a Flor, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2006.

nes laborales más justas. De hecho, lo que quiero mostrar en este apartado es cómo las “patronas” utilizan los vínculos emocionales para dominar a la trabajadora. En las narraciones de las mujeres zapotecas ubicamos tres formas distintas en las que se manifiesta lo que hemos llamado un “falso reconocimiento”: la primera es decirles que son “como de la familia”, la segunda forma es hacerles diferentes tipos de promesas y la tercera es el don de regalos.

Una práctica común entre las empleadoras es decirles a sus trabajadoras que “son como de la familia” y que “las quieren mucho”. Este aparente reconocimiento es con frecuencia una puesta en escena, una representación que apela a los sentimientos para exigirle a la trabajadora migrante más trabajo, lealtad y gratitud. Reconocer a la empleada como un “miembro de la familia” no se traduce en una mejor situación laboral; en cambio, sí asegura mayor carga de trabajo y mayor control, sobre todo cuando se trata de mujeres muy jóvenes o recién llegadas.

Otra estrategia frecuente para mantener a las trabajadoras sujetas y bien disciplinadas es prometerles su legalización. Esta “promesa” se disfraza de acto altruista, generoso y desinteresado por parte del empleador: una prueba del “gran cariño” que le tienen a la trabajadora que las deja con una enorme deuda moral.¹³ Las empleadoras saben que si las trabajadoras mantienen la esperanza de ver arreglada su situación legal, son capaces de aguantar todo tipo de abuso. Por ejemplo, Linda trabajó más de diez años con la familia que le arregló sus papeles, su experiencia no fue fácil, tuvo que “aguantar de todo”. En diferentes momentos tuvo ganas de dejar a su empleadora porque con el paso del tiempo se dio cuenta que la estaban explotando y que en otras casas podría encontrar mejor salario y condiciones, sin embargo, no lo hizo, siempre la detuvo la esperanza de arreglar sus papeles y la cantidad tiempo y dinero que ya había invertido en su trámite pues mensualmente le descontaban para el pago de su abogado. Ahora Linda considera que “valió la pena tanto sufrimiento”, pero no todas las mujeres corren con la misma suerte y muchas jamás llegan a ver sus papeles.¹⁴

CRÍTICA Y RESISTENCIA

Tal vez a simple vista, uno podría pensar que la vida de las mujeres zapotecas transcurre pasivamente, de forma discreta, siempre igual: limpiando

¹³ Cabe mencionar que, en la década de los ochenta, era mucho más frecuente que las empleadoras hicieran este tipo de ofrecimientos; actualmente, pocos empleadores se comprometen en este largo y pesado trámite.

¹⁴ Entrevista personal a Linda, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2006.

casas en los barrios residenciales de la ciudad, resignadas a soportar las “experiencias morales” de desprecio que caracterizan el empleo doméstico de todas partes del mundo, paralizadas ante lo que algunos considerarían su destino social. Sin embargo, detrás de la aparente monotonía de sus jornadas de trabajo y una ilusoria actitud de docilidad frente a sus empleadores, las mujeres zapotecas realizan una crítica permanente de su situación laboral y emprenden diferentes acciones de insubordinación y resistencia que las ayudan a hacer frente a las experiencias de no-reconocimiento. Este tipo de acciones, así como la militancia política, representan según Honneth [2000:147]: “La única forma de liberarse del sentimiento paralizante de vergüenza social que provocan las ‘experiencias morales’ de desprecio”.

A continuación presentaré cómo las mujeres zapotecas han desarrollado un discurso crítico de su situación laboral, así como diferentes formas de resistencia cotidiana que les ha permitido enfrentar una situación de trabajo difícil y preservar su dignidad. En otras palabras, me propongo mostrar cómo las cinco lógicas del no-reconocimiento que estructuran las relaciones laborales en el servicio doméstico son contestadas por las mujeres zapotecas.

El conocimiento de la intimidad y la crítica del estilo “americano”

Las trabajadoras que limpian casas particulares llegan a adquirir un profundo conocimiento del estilo de vida de las familias estadounidenses con las que trabajan. Las mujeres observan silenciosamente y con atención las costumbres, los gustos, los valores, los prejuicios, las formas de relacionarse, los problemas, las alegrías, y hasta los sufrimientos de estas familias. Este conocimiento profundo de la intimidad del “otro” coloca a las mujeres en una posición desde la que también pueden emitir juicios de valor sobre sus “patrones” y su estilo de vida. Es decir, al igual que sus “patrones” las juzgan y se hacen representaciones de ellas (en tanto extranjeras y miembros de las clases pobres), las mujeres zapotecas construyen sus propias representaciones de las clases altas, y en estas la mayor parte de sus empleadoras son puestas en cuestión. Se trata de echar abajo la imagen idealizada de la familia estadounidense acomodada y de su estilo de vida proyectado permanentemente en los medios de comunicación y considerado como el ideal a alcanzar por el resto de la sociedad. Por ejemplo, una idea generalizada entre las mujeres zapotecas, que pone en cuestión el modelo de “familia feliz” estadounidense, es que “no les gusta cuidar a sus hijos y por eso los ‘entregan’ a las ‘nanas’ ”, como explica una mujer zapoteca:

Yo he visto que lo que hacen los “americanos” es que al nacer entregan completamente sus bebés con las “nanas”. A mí me han entregado varios bebés de un

mes de nacidos. Saliendo del hospital entregan a su hijo y ya uno se encarga de cuidarlos como si fueras mamá (...). Yo no entiendo por qué los “americanos” tienen hijos si no los quieren cuidar. Yo le pido a Dios que nunca me deje ser como ellos.¹⁵

Al emitir este tipo de juicios sobre sus patronas, las zapotecas ponen en cuestión el modo de vida idealizado de sus empleadoras, al mismo tiempo que afirman el propio. Esto permite, por ejemplo, que su inferiorización no se realice. Otra de las críticas que buscan cuestionar el estilo de vida estadounidense es que no hay solidaridad en las familias, ni respeto y cariño de los hijos a los padres:

Los “patrones” de mi mamá son abogados, tienen dinero los señores, pero a nosotras nos dan lástima porque, mira, el señor tiene un hijo de treinta y tantos años y lo sigue manteniendo, y el hijo llega y sólo le dice al señor: “¿Ya tienes mi cheque?” Incluso cuando el señor estaba en un hospital, el hijo sólo fue a verlo para pedirle su cheque. En cambio, nosotras llegábamos con el señores y les decíamos: “¿Cómo estás?, ¿qué te duele?, ¿necesitas algo?”; y el señor hasta lloraba, y nos dijo: “Cómo me hubiera gustado tener unas hijas como ustedes”.¹⁶

Rita, al mismo tiempo que critica cómo los lazos afectivos al interior de las familias estadounidenses pasan por un interés económico, destaca cómo ella y su familia no actúan movidas por el dinero sino por un “verdadero cariño” o “compasión”. Muchas mujeres zapotecas mantienen un discurso compasivo hacia sus “patrones”: sienten piedad y lástima al ver qué tipo de vejez les ofrece su sociedad, incluso a aquellos que tienen más dinero. Ellas mejor que nadie saben que estos ancianos a los que cuidan pasan la mayor parte del tiempo solos, saben que sus hijos o familiares raras veces los visitan o los llaman por teléfono, ellas los han visto enfermarse, pasar semanas en el hospital sin visitas e incluso morirse solos. El sentimiento de compasión las coloca por encima de sus empleadores y de alguna forma deja sin efectos la falta de reconocimiento.

Un ejemplo de resistencia contra la “invisibilidad”

Rosi está harta de la familia con la que trabaja los miércoles, porque “siempre la ignoran” y “no valoran su trabajo”. Siente que para ellos es como si ella “no existiera”, esto lo nota, por ejemplo, cada vez que está lavando los trastes, sus “patrones” pasan y le dejan otros, o cuando está trapeando pasan con sus zapatos sucios sin decirle “con permiso”. Rosi no soporta que

¹⁵ Entrevista personal a Irma, migrante zapoteca, Oaxaca, 2005.

¹⁶ Entrevista personal a Rita, migrante zapoteca, Oaxaca, 2005.

la ignoren y, como ella no puede enfrentar abiertamente a sus patrones sin el riesgo de ser despedida, prefiere aplicar una estrategia disfrazada por medio de la cual intenta “castigarlos” y demostrarles la importancia de su trabajo, lo imprescindible que es para ese hogar en el que la ignoran:

Por eso a veces aunque necesito dinero, digo: ¡hoy los voy a castigar!, y en la mañanita les hablo y les digo que se descompuso mi carro. ¡Que laven sus trastes! y aunque necesito el dinero, pero nomás para que vean todo lo que yo hago, para que prueben ellos lo que se siente lavar todos esos trastes. ¡Que pongan sus setenta dólares que me pagan a ver si ese dinero va a hacer lo que uno hace! No lo va a hacer, ahí va a estar el dinero donde lo dejaron, para que vean que el dinero no hace todo, que la gente es quien lo hace, no el dinero, porque si ellos creen que es el dinero, pues que pongan su dinero y a ver si lo hace.¹⁷

“Ausentándose”, Rosi logra hacerse visible, hace notar lo importante de su presencia y, de paso, “castiga” a sus “patrones” o, mejor dicho, se hace justicia por propia mano. Pequeños actos como estos les permiten a las trabajadoras resistir ante situaciones injustas. Aunque posiblemente esas acciones nunca llegarán a modificar el comportamiento de sus empleadores, sí les permiten afirmar su dignidad y les dan la satisfacción de demostrar lo que pasa en las casas cuando ellas no van. Las trabajadoras son conscientes de que para muchas familias constituye un problema mayor que ellas se ausenten, pues muchas veces el equilibrio de la pareja depende de que la empleada realice las tareas de la casa. Estas acciones de resistencia son socializadas en los hogares de las trabajadoras y son motivo de risa y diversión, producen una satisfacción colectiva y, sobre todo, cuestionan prácticas naturalizadas en su espacio de trabajo.

Con su ausencia, Rosi además hace una crítica a lo que muchos zapotecas llaman “el materialismo” de la sociedad estadounidense, donde, desde su perspectiva, se sobrevalora el dinero por encima del ser humano. Rosi trata de demostrarles cómo el dinero nunca podrá sustituir el trabajo de los migrantes. Trata de hacerles ver que los 70 dólares que le pagan no sirven de nada si ella no está, porque se necesita una persona que aporte su fuerza de trabajo.

Cuestionando el falso reconocimiento

Como vimos en la primera parte del capítulo, las empleadoras han apelado al discurso afectivo para tener un mejor control sobre las trabajadoras. Aunque esta forma de dominación suele ser bastante efectiva, con la experiencia, las trabajadoras se dan cuenta que la mayoría de las veces las

¹⁷ Entrevista personal a Rosi, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2005.

expresiones de afecto del tipo “te queremos mucho”, “eres como de la familia”, constituyen un falso reconocimiento y desarrollan un discurso crítico al respecto. Como explica Rosi:

Mis “patrones” dicen que me quieren mucho, que soy como de la familia, pero pues el día de navidad, “la familia” está en la cocina lavando los trastes mientras ellos comen (...) Yo no soy ninguna tonta para decir sí, sí, como soy de la familia, ya voy y me siento con ellos a comer; no, yo sé mi lugar, para ellos yo soy una *house keeper*. Yo no soy de la familia.¹⁸

Con el paso del tiempo, las trabajadoras aprenden también a utilizar a su favor el discurso del afecto: “Yo sé que ustedes me aprecian mucho, que me tienen casi como una hija, por eso con confianza quiero pedirles que me den un adelanto para pagar lo de mi niño”. Muchas veces, las mujeres afirman el discurso “afectivo” de sus “patronas” y participan en su puesta en escena, para ellas también sacar alguna ventaja. Pero esto no significa que verdaderamente hagan suyo este discurso:

Mis “patrones” me dicen: “Rosi, te apreciamos, te queremos mucho”, y yo también les digo que los aprecio y que les agradezco que me quieran y que me den trabajo. Pero yo sé que cada dinero que me están pagando no me lo están regalando, lo estoy yo ganando a base de trabajo. Si yo no trabajara, no me regalan. Cuando ellos se van de vacaciones, no me dicen “Rosi, tú también necesitas vacaciones”. Me dicen: “No vengas Rosi, hasta en dos semanas regresamos”, y no me pagan. ¿Eso es querer a una persona?¹⁹

Las mujeres aprenden a distinguir un falso reconocimiento de uno verdadero. En el siguiente testimonio, Rosi reproduce un diálogo que tuvo con una de sus empleadoras y luego devela lúcidamente la diferencia que para ella existe entre un falso reconocimiento y uno verdadero:

Ese día me dijo mi “patrona” que no tenía que terminar el quehacer porque quería entrevistarme, saber cuál era la historia de mi vida porque estaba estudiando (...). Mi patrona me hizo muchas preguntas personales, al final me dijo: “Me gustaría saber si tú estás contenta con todos tus trabajos y si sabes que te queremos”. “Sí, ustedes son muy buenas personas, pero de que yo diga que ustedes me quieren, pues tal vez sí me aprecian, pero de que me quieran, no creo”. “¡Ay Rosi!, nosotros te queremos mucho”, me dijo. “Discúlpame, le dije, yo los aprecio mucho pero de que yo diga que ustedes me quieren, me quieren de verdad no creo, porque si de verdad ustedes me quisieran, cuando ustedes se van de viaje me dirían ‘Rosi, yo voy a ir de vacaciones, tú también necesitas

¹⁸ Entrevista personal a Rosi, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2005.

¹⁹ Entrevista personal a Rosi, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2005.

vacaciones, toma tu dinero', pero no, en vez de eso me dicen 'no vengas hasta en dos semanas' y no me pagan: ¿Eso es querer a la persona?'"²⁰

La socialización de los actos de resistencia y las críticas

Como sostiene James Scott [2000:31], las prácticas de la dominación y la explotación producen insultos y ofensas a la dignidad humana, al tiempo que alimentan un discurso oculto de indignación que, aunque no se le pueda gritar directamente al poder, logra manifestarse en diversos espacios. En la seguridad de sus hogares y otros espacios propios (como las fiestas y los autobuses), las mujeres zapotecas han construido un discurso de crítica que nada tiene que ver con la aparente actitud deferente y condescendiente de cara a sus "patronas". En estos espacios, ellas expresan libremente su inconformidad ante las situaciones injustas que tienen que soportar. Al igual que los grupos que describe Scott [2000] en su libro, estas mujeres ensayan en la seguridad de su hogar declaraciones imaginarias que les hubiera gustado decir a sus patronas o que fantasean decirles algún día, declaraciones en las que les gritan en la cara lo que piensan de ellas y les muestran lo injusto de su trato:

Pero va a ver esa viejita condenada. El día que la deje no va encontrar quien la soporte, por eso ni sus hijos la quieren. De qué le sirve tener tanto dinero si no tiene educación para tratar a la gente como gente.²¹

Aunque no pueden sostener este tipo de discurso frente a sus empleadores porque si lo hacen son despedidas, en los espacios seguros no escatiman sus críticas y fantasías de desquite. Por ejemplo, los autobuses que las transportan a los barrios residenciales en los que trabajan son espacios propicios para socializar sus críticas, siempre están llenos de mujeres migrantes trabajadoras que sufren el mismo tipo de agravios y están sujetas a los mismos términos de subordinación, por lo que se crea un discurso crítico común sobre qué es lo justo y lo injusto; se trata de desnaturalizar prácticas de sus "patronas" que consideran inaceptables.

Entre los migrantes mexicanos, existe además todo un repertorio colectivo de canciones y películas en las que se exponen abiertamente las injusticias que viven en el trabajo y se exalta y engrandece el papel de los migrantes. Las mujeres zapotecas echan también mano de este repertorio y disfrutan escuchándolas.

²⁰ Entrevista personal a Rosi, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2005.

²¹ Entrevista personal a Linda, migrante zapoteca, Los Ángeles, 2006.

La afirmación de la dignidad personal

Entre los grupos subordinados, la afirmación de la dignidad personal puede convertirse en un peligro fatal [Scott, 2000:63]. Las mujeres zapotecas lo saben muy bien, por eso no es frecuente que desafíen directamente a sus empleadoras. Sin embargo, hay momentos en los que la indignación es tan grande que, sin pensarlo dos veces, cuestionan abiertamente a sus empleadoras y les señalan lo injusto de la situación. El siguiente testimonio nos permite ver cómo se produce este desafío y cuál es la reacción de los empleadores.

Fui a conocer a unos patrones que iban a tener un bebé y necesitaban una “nana”; el señor me dijo: “Te ofrezco esto, te ofrezco el otro, te ayudo a sacar tu seguro, te voy a pagar bien, quiero que trabajes ‘encerrada’ de domingo a domingo, pero es sólo por un tiempo y ya después que crezca un poco el bebito te vamos a poner tus horarios”. Prometieron pagarme 700 dólares a la semana, porque era trabajar los siete días, día y noche. La señora tuvo complicaciones al dar a luz, se quedó un mes en el hospital, entonces me entregaron a la nena a los dos días de haber nacido. Fue durísimo porque lloraba mucho. Trabajé los siete días de la semana por dos meses y yo ya no aguantaba, yo le decía al señor: “Por favor ya me quiero ir a mi casa, yo extraño a mi mamá, ya me quiero ir”, y ya empezó a dejarme salir por unas horas los fines de semana.

Un día me enfermé y falté día y medio al trabajo; cuando la señora me pagó mi semana me descontó 250 dólares de mi cheque por las horas que no estuve. Entonces que me enoja y no me aguanto y le digo: “Cuando hice la entrevista, usted me dijo que si me enfermaba se me iba a pagar, yo me enfermé y enferma no podía estar cerca de la niña”. “¿Sabes qué? yo no te voy a pagar porque tú faltaste”. “Pero ¿por qué?, si así quedamos en el acuerdo”, le digo. “Pues no, tú saliste esas horas y yo no te lo voy a pagar, porque tú no estabas aquí”, me dice la señora. Entonces le contesto y le digo: “Para mí no es justo que me esté descontando los días que ya salí, no estoy de acuerdo”. Entonces que empieza a alzarme la voz y yo que no me dejo y le grito: “Yo estoy aquí matándome las 24 horas del día y me viene saliendo menos de 100 dólares al día cuando yo en mi otro trabajo ganaba 80 dólares por mis ocho horas”. “Ok, me dice, pues vete” y me “corrió” y no me pagó más que 300 dólares. Yo me salí llorando porque además yo quería mucho a la niña. Cuando llegué a mi casa le conté a mi mamá y me dijo: “Qué bueno que no te dejaste, porque si uno se deja al rato se aprovechan peor”.²²

Cuando las mujeres zapotecas han llegado a oponerse abiertamente a las injusticias de sus empleadoras el resultado siempre fue el mismo: fue-

²² Entrevista personal a Irma, migrante zapoteca, Oaxaca, 2005.

ron despedidas. Sin embargo, esto no se vive como una derrota, las mujeres experimentan una liberación, una sensación plena de satisfacción; este pequeño acto representa una afirmación pública de su dignidad y restaura la imagen de sí. Cabe mencionar que todos estos actos de valentía serán ampliamente socializados con otras trabajadoras y pasarán a formar parte de los repertorios colectivos de venganzas; además, desatarán la admiración y el respeto de otras trabajadoras que viven las mismas situaciones, pero que no se han atrevido a desafiar abiertamente a sus “patronas” por miedo a perder su trabajo.

CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo he tratado de mostrar cómo dadas las características bajo las cuales se estructura el servicio doméstico en la ciudad de Los Ángeles —relaciones marcadamente asimétricas, subordinación de la trabajadora, baja remuneración, horarios y tareas indefinidos, no-acceso a derechos laborales ni sociales, realización de tareas consideradas degradantes, limitación de la autonomía personal, lazos de dependencia no recíprocos—, y dadas las formas en que se intercepta el estatus migratorio de estas mujeres y las variables de género, clase y raza —siendo mujeres indígenas, latinas, de origen modesto y en situación migratoria irregular—, las migrantes zapotecas sufren de un déficit de reconocimiento que provoca “experiencias morales” de desprecio.

A partir del análisis de los relatos de las mujeres migrantes sobre su propia experiencia en el trabajo y con el apoyo de la teoría de Honneth [2000 y 2004] sobre las luchas por el reconocimiento, pude ubicar cinco formas bajo las cuales se expresa el no-reconocimiento de las mujeres: la inferiorización, la infantilización, la invisibilidad, la sospecha y la dominación. Estas cinco lógicas estructuran las relaciones laborales y sociales en el servicio doméstico de la ciudad de Los Ángeles y exponen cotidianamente a las trabajadoras migrantes a situaciones en las que son blanco de “experiencias morales” de desprecio. Estas experiencias provocan heridas morales y un sentimiento de agravio e indignación que, como señala Honneth [2000], amenaza la realización de la confianza en sí mismas, el respeto de sí y la autoestima.

En el artículo también se mostró cómo las mujeres zapotecas no se han contentado con interiorizar la identidad deteriorada impuesta por sus patronas —y por una sociedad que las criminaliza y estigmatiza—; ellas han emprendido una lucha permanente por el respeto y el reconocimiento y han desarrollado una crítica personal y colectiva a estas formas de no-reconocimiento. Por ejemplo, aprovechando el profundo conocimiento de

la intimidad de sus empleadoras, las trabajadoras construyen representaciones críticas de las clases altas que les permiten poner en cuestión a sus empleadoras y echar abajo la imagen idealizada que los medios masivos de comunicación proyectan de la familia estadounidense acomodada.

El análisis del servicio doméstico desde la perspectiva de los propios actores nos da la oportunidad de comprender el funcionamiento de uno de los mercados de trabajo estadounidense en los que se insertan la mayor parte de las mujeres migrantes mexicanas y nos permite aprender la forma en que las propias trabajadoras experimentan su trabajo como empleadas domésticas. La experiencia de estas mujeres nos habla tanto de las luchas individuales de las personas por obtener el reconocimiento social que la sociedad les niega como de los límites de las democracias del primer mundo en las que, se supone, este tipo de relaciones sociales fueron abolidas desde hace mucho tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, Bridget

2000 *Doing the Dirty Work?: The Global Politics of Domestic Labour*, London, Zed Books.

Catarino, Christine y Laura Oso

2000 "La inmigración femenina en Madrid y Lisboa: hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza", en *Papers. Revista de Sociología*, núm. 60, pp. 183-207.

D'Souza, Asha

2010 "Camino del trabajo decente para el personal del servicio doméstico: panorama de la labor de la oit", *Documento de trabajo 2/2010*, Ginebra, Oficina de la oit para la Igualdad de Género.

Ehrenreich, Barbara y Arlie Hochschild (Eds.)

2003 *Global Woman. Nannies, Mads, and Sex Workers in the New Economy*, Nueva York, Metropolitan Books.

Henshall, Janet

1999 *Gender, Migration and Domestic Service*, Londres, Routledge.

Hochschild, Ariel

2001 "Las cadenas de afecto y asistencia y la plusvalía emocional", en Will Hutton y Anthony Giddens (Eds.), *En el límite. la vida en el capitalismo global*, Barcelona, Tusquets Editores, pp. 187-208.

Hondagneu-Sotelo, Pierrette

2001 "Trabajando 'sin papeles' en Estados Unidos: hacia la integración de la calidad migratoria en relación a consideraciones de raza, clase y género", en Esperanza Tuñón (Coord.), *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración: Belice, Guatemala, Estados Unidos y México*, México, Colegio de la Frontera Norte, pp. 205-231.

2007 *Doméstica: Immigrant Workers Cleaning and Caring in the Shadows of Affluence*, Berkeley y Londres, University of California Press.

Honneth, Axel

2000 *La lutte pour la reconnaissance*, París, Le Cerf.

2004 "Visibilité et invisibilité: sur l'épistémologie de la reconnaissance", en *Revue du MAUSS*, núm. 23, pp.136-150.

Kaufman, Jean-Claude

1995 *Le coeur à l'ouvrage: théorie de l'action ménagère*, París, Nathan.

Mauss, Marcel

2007 *Essai sur le don: Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, París, Presses Universitaire de France.

Oso, Laura

1998 *La migración hacia España de mujeres jefas del hogar*, Madrid, Instituto de la Mujer.

Pasleau, Suzy e Isabelle Schopp

2002 "Le travail domestique et l'économie informelle", Reporte para la Comisión Européenne (CORDIS), URL: ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/improving/docs/conf_work_pasleau.pdf, última consulta 17 de julio 2009.

Passel, Jeffrey y Cohn D'Vera

2009 *A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States*, Washington, DC, Pew Hispanic Center.

Red Internacional de Trabajadoras del Hogar

2010 "Trabajadoras del hogar de todo el mundo. Resumen de datos estadísticos y estimaciones disponibles", Conferencia Internacional del Trabajo, 99ª Sesión, Ginebra.

Rollins, Judith

1990 "Entre femmes. Les domestiques et leurs patronnes", *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 84, pp. 63-77.

Salazar-Parreñas, Rhaxel

2001 *Servants of Globalization. Women, Migration and Domestic Work*, California, Stanford University Press.

Sassen, Saskia

2003 *Contra geografías de la globalización: género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*, Madrid, Traficantes de Sueños.

Schneider, Dorothee

2003 "L'immigration féminine aux États-Unis: un essai historiographique", en *Actes de l'histoire de l'immigration*, vol. 3, École Normal Supérieur. URL: <http://barthes.ens.fr/cli/revues/AHI/index.html>, última consulta 17 de julio de 2009.

Schwartz, Olivier

1993 "L'empirisme irréductible", en Neil Anderson, *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, París, Nathan, pp. 265-305.

Scott, James

2000 *Los dominados y el arte de la resistencia*, México, ERA.

Scrinzi, Francesca

2007 "Migrantes et migrants dans les emplois domestiques en France et en Italie: construction sociale de la relation de service au croisement des

rapports sociaux de sexe, de race et de classe”, en *Faire Savoirs*, núm. 7, mayo, pp. 91-98.

Vidal, Dominique

2007 *Les bonnes de Rio. Emploi domestique et société démocratique au Brésil*, Francia, Presses Universitaires du Septentrion.

Joyas o indios vestidos de mujer en la Alta California colonial: reflexiones sobre la identidad de género

Mario Alberto G. Magaña Mancillas

Raúl Balbuena Bello

Universidad Autónoma de Baja California

RESUMEN: *Los estudios sobre género e identidades han desarrollado numerosos avances en la comprensión de las sociedades contemporáneas; no obstante, poco se ha avanzado en el conocimiento y comprensión de esas temáticas en sociedades del pasado y desde la historia, como la que habitaba los pueblos de misión en las Californias a finales del siglo XVIII, especialmente la población indígena. Con este ensayo se busca explorar posibles formas de acercamiento a testimonios misionales ya conocidos de esta amplia región, mediante la comprensión de los documentos como fuentes del imaginario de los misioneros y de los grupos indígenas y sus prácticas socioculturales, desde la perspectiva de la interpretación de la interpretación.*

ABSTRACT: *The Gender and Identities studies have developed many advances in the understanding of contemporary society, however little progress was made in the knowledge and understanding of these topics in societies of the past and from History, as the people who lived in the Mission of the Californias in the late eighteenth century, especially the Indian population. With this essay to explore possible ways of approaching the Missionary testimonies, already known, of this broad region, as well as understanding the documents as sources of imagery of the missionaries, as well as Indigenous groups and their cultural practices, from the perspective of the interpretation of the interpretation.*

PALABRAS CLAVE: *Historia misional, indígenas, misioneros, género, homosexualidad*

KEYWORDS: *Mission history, indians, missionaries, gender, homosexuality*

JOYAS O INDIOS VESTIDOS DE MUJER EN LA ALTA CALIFORNIA COLONIAL: REFLEXIONES SOBRE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Los estudiosos de los temas históricos en Baja California se encuentran en la disyuntiva de aceptar que ciertos temas están “agotados”, o que en realidad ha faltado visión e imaginación para que los historiadores nos reencontremos con el pasado regional, ya sea por medio de los vestigios materiales o los testimonios preservados. Sobre este punto son constan-

tes las preguntas de los alumnos, sobre si es posible realizar proyectos de investigación respecto a temas como las mujeres, los indígenas o ambos en el periodo misional, la economía misional dominica, los conflictos entre las autoridades político-militares y las religiosas, la rebelión *pericú* de 1734, sólo para nombrar algunos temas. Siempre nuestra respuesta ha sido que primero deben preocuparse por la problematización de la historia, y luego pasen al asunto de las fuentes y los instrumentos de recolección y manejo de la información.

Se debe dejar atrás el culto al documento, pero ello no implica olvidarlo por completo. Así, es de preocupar que se proponga que “el buen historiador sólo va al archivo *después* de que ha asimilado lo que es y lo que debe ser la historia, luego de haber definido con claridad una problemática historiográfica determinada, desde y con las teorías, la metodología y los conceptos y categorías de su propio oficio”,¹ como el de alentar la búsqueda del expediente ideal y definitivo. Ya que como el positivismo se estancó en la etapa de recolección exhaustiva de las fuentes, sin pasar a la del análisis, la propuesta de la historia crítica se podría concentrar en la etapa del diseño teórico-conceptual y nunca contrastarla con las evidencias del pasado, consideradas éstas como hechos, discurso o significado.

El trabajo de investigación histórica debe ser un continuo esfuerzo de comprensión-conocimiento-análisis, que lleve al investigador a conocer las tendencias teórico-conceptuales más apropiadas para *su proyecto*, no necesariamente las de moda, así como el reconocimiento de archivos y acervos documentales o de *grafías* en una continua reflexión-exploración.² De ahí la importancia de poner al alcance de los estudiosos de los seres humanos en el tiempo algunas de las fuentes documentales que podrían ser de utilidad para su investigación, así como que los estudiantes se den cuenta de la riqueza documental que existe por explorar, y no sólo por el documento, se reitera, sino también como fuente de reflexión bajo nuevas perspectivas e intereses, ya que “la historia [...] es [...] algo vivo y apasionante, que investiga los más relevantes problemas del ser humano y de las sociedades contemporáneas, con una riqueza de instrumentos intelectuales, de métodos y técnicas”.³

¹ Carlos Antonio Aguirre Rojas, *Antimanual del mal historiador o cómo hacer una buena historia crítica*, Ciudad de México, ediciones La Vasija, 2002, p. 51.

² “[...] la historiografía se ocupa de la *grafía* histórica, es decir, del carácter escritural de la historia”: Benjamín Fuentes Mares, “El origen de la historiografía”, en *Reflexiones en torno a la historiografía contemporánea*, José Ronzón y Saúl Jerónimo [Coord.], Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, 2002, p. 46.

³ Aguirre Rojas, *op. cit.*, p. 18.

Por lo anterior, este ensayo busca ejemplificar una interpretación académica interdisciplinaria de las fuentes conocidas de la historia misional californiana, tratando de comprender a los *otros*, en este caso los indígenas de ese espacio y ese tiempo, pero también se busca esbozar las cargas culturales de los misioneros, filtros a través de los cuales “veían” a los indios (y a través de los cuales los historiadores contemporáneos intentamos “verlos”), pues, como señala Guy Rozat:

Quando sobre los acontecimientos humanos se sobrepone, al filo de los siglos, una serie de capas discursivas, es imposible llegar a un conocimiento mínimo del evento, sin un trabajo lento y paciente de arqueología del discurso construido sobre éste”.⁴

Por ello, el primer nivel que se debe conocer es el del escrito primario, el testimonio del misionero sobre los indios de las Californias, en una “primera aproximación al texto, considerarlo en su integridad, sin mutilación ni exclusión e intentar reencontrar lo que lo motivó, lo que lo constituyó y lo validó en un momento dado, es decir, la naturaleza de la relación comunicativa en la cual se insertaba en su época de producción”.⁵ Para luego tratar de comprender si este testimonio misional puede ayudar en la comprensión de algunas de las prácticas culturales y elementos de identidad de los grupos indígenas en la Alta California a fines del siglo XVIII.

Además, buscamos explorar si estas interpretaciones de las interpretaciones nos pueden acercar a encontrar elementos de análisis sobre el género entre los indios adscritos directa e indirectamente a las misiones de las Californias a fines del siglo XVIII. Entendemos el género como la construcción y organización social de la diferencia sexual, de las relaciones entre los sexos, así como de la masculinidad y de la feminidad,⁶ en una sociedad y tiempos históricamente determinados, ya que, como señala Joan Wallach Scott, “la historia no figura exclusivamente como un registro de cambios en la organización social de los sexos, sino también,

⁴ Guy Rozat, *Indios imaginarios e indios reales en los relatos de la conquista de México*, Xalapa, Universidad Veracruzana, 2002, p. 334.

⁵ Guy Rozat, *América, imperio del demonio: cuentos y recuentos*, Ciudad de México, Universidad Iberoamericana, 1995, p. 62.

⁶ Antonia I. Castañeda, “Engendering the History of Alta California, 1769-1848. Gender, Sexuality, and the Family”, en *Contested Eden. California Before The Gold Rush*, Ramón A. Gutiérrez and Richard J. Orsi, [Eds.], Berkeley, University of California Press, 1998, p. 230. Joan Wallach Scott, *Género e historia*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica/Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2008, pp. 20, 48-79, 245-269. También Bárbara O. Reyes, *Private Women, Public Lives. Gender and the Missions of the Californias*, Austin, University of Texas, 2009, pp. 1-16.

y de forma crucial, como participante en la producción del conocimiento sobre la diferencia sexual".⁷

UN TESTIMONIO MISIONAL

En un repaso general, la historia misional en la Antigua California tuvo su gran impulso a principios del siglo xx, especialmente para la denominada frontera misional dominica, con trabajos como los de Zephyrin Engelhardt,⁸ Peveril Meigs III,⁹ y Albert S. Nieser,¹⁰ y a partir de mediados del mismo siglo para la California jesuítica, con los estudios de Ignacio del Río,¹¹ y W. Michael Mathes.¹² No obstante, como bien señala Salvador Bernabéu, para el norte peninsular: "Es difícil encontrar algo más que una descripción general de las fundaciones, un catálogo de intenciones o un acercamiento geohistórico que apenas profundicen en los procesos históricos que se sucedieron entre 1775 y 1822",¹³ y que podríamos ampliar a la etapa de la transición franciscana en la Antigua California de 1768-1773.

No obstante, la continua aparición durante la década de los noventa a la fecha de traducciones al español de obras clásicas en inglés, como las

⁷ Scott, *Género e historia*, p. 20.

⁸ Zephyrin Engelhardt, *The Missions and Missionaries of California*, vol. 1, "Lower California", San Francisco, The James H. Barry Company, 1908.

⁹ Peveril Meigs III, *The Dominican Mission Frontier of Lower California*, Berkeley, University of California Press, 1935; *La frontera misional dominica en Baja California*, colección Baja California: Nuestra Historia, núm. 7, Ciudad de México, Secretaría de Educación Pública/Universidad Autónoma de Baja California, 1994.

¹⁰ Albert B. Nieser, *The Dominican Mission Foundations in Baja California, 1769-1822*, tesis doctoral, Chicago, Universidad de Loyola, 1960; *Las fundaciones misionales dominicas en Baja California, 1769-1822*, colección Baja California: Nuestra Historia, núm. 14, Mexicali, Universidad Autónoma de Baja California, 1998.

¹¹ Ignacio del Río, *Conquista y aculturación en la California jesuítica, 1697-1768*, 2a. ed., Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1998; Ignacio del Río [Ed.], *La fundación de la California jesuítica. Siete cartas de Juan María de Salvatierra, S.J. (1697-1699)*, La Paz, Universidad Autónoma de Baja California Sur/Fondo Nacional de Fomento al Turismo, 1997.

¹² Sólo por mencionar algunos, v. W. Michael Mathes, *Californiana I: Documentos para la historia de la demarcación comercial de California, 1583-1632*, 2 vols., Madrid, José Porrúa Turanzas, 1965; *Californiana II: Documentos para la historia de la explotación comercial de California, 1611-1679*, 2 vols., Madrid, José Porrúa Turanzas, 1970; *Obra californiana del padre Miguel Venegas, S.J.*, 5 vols., La Paz, Universidad Autónoma de Baja California Sur, 1979, y *Jesuítica californiana, 1681-1764. Impresos de los RR.PP. Eusebio Francisco Kino, Fernando Consag, Juan Antonio Balthasar, Juan Joseph de Villavicencio y Francisco Zevallos de la Compañía de Jesús*, Madrid, José Porrúa Turanzas, 1998.

¹³ Salvador Bernabéu, "Prólogo", en Nieser, *Las fundaciones misionales*, p. 7.

citadas, así como de facsimilares y compilaciones de documentos originales del periodo franciscano-dominico,¹⁴ ha permitido replantear una serie de valores entendidos hasta este momento, como la visión que tenemos del indígena histórico con base en la información de los misioneros que trabajaron estas regiones desde fines del siglo XVIII hasta mediados del XIX. La cual se ha tomado como un valor absoluto y producto de un trabajo de tipo etnográfico, pionero si se quiere, olvidando la condición histórica de la creación del dato y de que su intención estaba determinada por la teología, como señala Guy Rozat: “Para el imaginario cristiano estas tierras “nuevas” podían serlo realmente sólo en términos teológicos y no como se ha considerado, a veces, de manera superficial, en términos de un conocimiento espacial-geográfico en construcción”.¹⁵

En particular, ahora es accesible gran parte de los textos del misionero franciscano fray Francisco Palou, quien sustituyera a fray Junípero Serra como padre presidente de la Antigua California entre 1769 y 1773.¹⁶ Se cuenta con acceso no sólo a las obras que redactó pensando en su posible publicación, como *Relación histórica de la vida y apostólicas tareas del venerable padre fray Junípero Serra y de las misiones que fundó en la California Septentrional y nuevos establecimientos de Monterrey*, editada en vida de Palou en el año de 1787,¹⁷ o *Recopilación de noticias de la Antigua y de la Nueva California (1767-1783)*, que fue publicada por primera vez hasta 1857.¹⁸ Pero también contamos con obras de compilación de textos no pensados para ser públicos, como su correspondencia, en *Cartas desde la península de California (1768-1773)*, gracias al trabajo de José Luis Soto Pérez y la influencia de Lino Gómez Canedo.¹⁹

¹⁴ Es de destacar el “Apéndice documental”, coordinado por Aidé Grijalva: Nieser, *Las fundaciones misionales*, pp. 301-451.

¹⁵ Guy Rozat, “Los indios imaginarios del logos occidental”, en *México en el imaginario*, Carmen Nava y Mario A. Carrillo [Coords.], Ciudad de México, CEMCA/UAM-Xochimilco, 1996, p. 11.

¹⁶ “[...] por estar yo nombrado en la patente de nuestro colegio de presidente por muerte o ausencia del venerable fray Junípero Serra”: Palou, *Junípero Serra*, p. 95.

¹⁷ Sobre las diversas ediciones de esta obra, v. a José Luis Anta Féliz, “Introducción”, en Palou, *Junípero Serra*, pp. 5-22.

¹⁸ Francisco Palou, *Recopilación de noticias de la Antigua y de la Nueva California (1767-1783)*, nueva edición con notas por José Luis Soto Pérez, estudio introductorio de Lino Gómez Canedo, dos tomos, Ciudad de México, Porrúa, 1998. V. la parte “Fuentes y bibliografía”, tomo 2, pp. 1331-1400.

¹⁹ Francisco Palou, *Cartas desde la península de California (1768-1773)*, transcritas y editadas con algunas notas y cuatro apéndices documentales por José Luis Soto Pérez, Ciudad de México, Porrúa, 1994. Bernabéu las cataloga como “un documento excepcional”, v. “Prólogo”, p. 28. Otras cartas de Palou se pueden consultar en Hebert E. Bolton [Ed.],

En la búsqueda de comprender la construcción del discurso de Palou, que a su vez, en el transcurso de tiempo, a influido a los historiadores, quienes a su vez han construido su propio discurso, en algunos casos adjudicándolo a este misionero y no reconociendo su propia interpretación, queremos exponer un ejemplo concreto, a manera de ejercicio reflexivo y didáctico, que resulta sumamente atractivo, y que Soto Pérez denomina “el suceso del descubrimiento de un indio hermafrodita”.²⁰ En primer lugar se realiza un ejercicio metodológico con un texto que sobresale en la muy lineal narrativa de Palou sobre la hagiografía de Junípero Serra, para después explorar nuestra interpretación sobre el género en este testimonio. Así, permítasenos citar en extenso el texto-objeto a analizar:

Están los Llanos de San Bernadino muy poblados de rancherías de gentiles, y muchos de ellos ocurren a esta misión de Santa Clara así hombres como mujeres, principalmente en tiempo de cosechas, por lo mucho que comen y llevan para sus rancherías. En una de estas ocasiones repararon los padres ministros de esta misión que, entre las mujeres gentiles (que siempre trabajan separadas sin mezclarse con los hombres), había una que, según el traje que traía de tapada honestamente, y según el adorno gentilico que cargaba, y en el modo de trabajar, sentarse, etc., era indicio de ser mujer, pero, según el aspecto de la cara, y sin pechos, teniendo bastante edad, y llamando esto la atención, preguntaron los padres a algunos cristianos nuevos, y les dijeron que *era hombre, que iba como mujer*, y siempre iba con ellas, y no con los hombres, y que no era bueno que anduviese así.

Juzgando los padres en ello alguna malicia, quisieron averiguarlo; valiéronse del cabo de la escolta, encargándole estuviese a la vista, y tomase algún pretexto para llevarlo a la guardia; y, si hallase ser hombre, le quitase todo el traje de mujer y lo dejase con el de los hombres gentiles, que es el que traía Adán en el Paraíso antes de pecar; así lo practicó el cabo, y, quitándole las *naquíitas*, quedó más avergonzado que si hubiera sido mujer. Tuvieronle así tres días en la guardia, haciéndole barrer la plazuela, dándole bien de comer, *pero se mantuvo siempre muy triste, avergonzado*, y, después de haberle expresado que no estaba bueno el ir con aquel traje, y menos el meterse entre las mujeres, con quienes *se presumía estaría pecando*, le dieron libertad, y se marchó, y jamás se ha vuelto a ver en la misión; y por los neófitos se ha sabido está en las rancherías de los gentiles, como antes, con el traje de mujer, sin poder averiguar el fin, pues no se les

Historical Memoirs of New California by fray Francisco Palou, O.F.M., Traslated into English from the Manuscript in the Archives of Mexico, edición facsimilar de la de 1926, 4 vols., Nueva York, Russell & Russell, 1966, “Apéndices”, vol. 4, pp. 231-396.

²⁰ Palou, *Recopilación de noticias*, tomo 2, p. 1226, nota 1. Es interesante la confusión entre un término biológico, hermafroditismo, y uno cultural, como el de género.

pudo sacar otra cosa a los neófitos, sino la expresión de que no estaba bueno.

Pero en la misión de San Antonio se pudo algo averiguar, pues, avisando a los padres que en una de las casas de los neófitos se habían metido dos gentiles, el uno con el traje natural de ellos y el otro con el traje de mujer, expresándolo con el nombre de *Joya* (que dicen llamarlo así en su lengua nativa), fue luego el padre misionero con el cabo y un soldado a la casa a ver lo que buscaban, y los hallaron en el acto de pecado nefando. *Castigáronlos*, aunque no con la pena merecida, y *afeáronles* el hecho tan enorme; y respondió el gentil que aquella *Joya* era su mujer; y, habiéndoles reprehendido, no se han vuelto a ver ni en la misión, ni en sus contornos, ni en las demás misiones se ha visto tan execrable gente. Sólo en el tramo de la canal de Santa Bárbara se hallan muchas *Joyas*, pues raro es el pueblo donde no se vean dos o tres, pero esperamos en Dios que, así como se vaya poblando de misiones, *se irá despoblando de tan maldita gente*, y se desterrará tan abominable vicio, plantándose en aquella tierra la fe católica, y con ella todas las demás virtudes para mayor gloria de Dios y bien de aquellos pobres ignorantes.²¹

El primer aspecto que es de señalar es que estamos ante dos casos de indios vestidos de mujer: el primero de la misión de Santa Clara (al sur del área de la bahía de San Francisco), posiblemente adolescente, ya que se señala “sin pechos, teniendo bastante edad”, que vivía con las mujeres indígenas, es decir, era soltero, y el segundo tenía pareja de un tiempo indeterminado y que convivía temporalmente con una familia de indios neófitos de la misión de San Antonio (al sur del presidio de Monterrey). En ambos casos, el texto induce a establecer que ellos desempeñaban roles femeninos.

El segundo aspecto es que en los dos casos los misioneros preguntaron a indios neófitos sobre los individuos vestidos de mujer, nunca a los indios no adscritos a la misión, a los cuales pertenecían estos sospechosos desde la perspectiva misional. Pero sobre todo es muy interesante el hecho de que los misioneros consignaran “no se les pudo sacar otra cosa a los neófitos, sino la expresión de que no estaba bueno”, para el caso de Santa Clara. Que parecerían más como una estrategia de sumisión aparente para los oídos misionales que un juicio moral cristiano asimilado. Ya que de ser esta última situación, la denuncia se hubiera producido por parte de ellos,²² y no

²¹ Palou, *Junípero Serra*, pp. 224-225. Cursivas añadidas.

²² En el caso de la pareja de San Antonio no queda claro quién denuncia su presencia. Posible ejemplo de actores imaginarios que facilitan el relato que lleva a la enseñanza moral, por lo que no es preciso definir ni identificar. “En la medida en que estos textos tienen por función la de crear un mito de fundación, su escritura no es sencilla, porque el autor vive en el presente y tiene que reconstruir un pasado tal que permita aparecer como lógico y natural haber llegado a la situación actual, sin que se pueda criticar ni el

como sucedió que se vieron forzados a establecer una posición moral cristiana frente a un asunto que era evidente que a los misioneros incomodaba: “Juzgaron los padres en ello alguna malicia” (Santa Clara), y “afeáronles el hecho tan enorme” (San Antonio).

También es interesante destacar que el indio vestido de mujer de Santa Clara convivía de manera no conflictiva, aparentemente, con las mujeres indígenas no adscritas a la misión o gentiles, así como el indio llamado *Joya* y su pareja que vivían en la casa de una familia neófita, que es probable que tuvieran alguna relación de parentesco. Tanto los indios gentiles como los indios neófitos asumían, por lo que se puede reconstruir, una postura en todo caso de indiferencia o tal vez de tolerancia, respecto a la presencia y forma de vida de los indios vestidos de mujer.

El conflicto se dio cuando los misioneros percibieron la situación, en ambos casos, y aunque recurren a los soldados de escolta, las denuncias tampoco proceden de ellos, quienes eran los que tenían un contacto cotidiano con los indios que vivían o transitaban por la misión y sus áreas inmediatas. En los dos casos, los soldados son los instrumentos de castigo por la usurpación (Santa Clara) y el pecado nefando (San Antonio). En este último caso resulta interesante la nota de Palou al señalar que “Castigáronlos, aunque no con la pena merecida”, que implica un dejo de reproche al misionero a cargo de la misión, que presenció los hechos y no aplicó correctivos más severos.

Con relación a los castigos, resulta interesante que en el caso de Santa Clara se señala que “quitándole las nagüitas, quedó más avergonzado que si hubiera sido mujer”, por lo que volvemos al supuesto de que el indio vestido de mujer había asimilado una moral occidental, por lo que tenía “vergüenza”, pero además se asume que por esta vergüenza se sabía descubierto y por tanto era consciente de la usurpación y malicia, que interpretamos poco viable en un indio gentil recién llegado a la misión. Asimismo, en el caso de San Antonio, cuando fue castigada la pareja, Palou escribe que “respondió el gentil que aquella *Joya* era su mujer”. De entrada esto supondría que los misioneros o los soldados conocían su idioma o que los indios neófitos anfitriones sirvieron de intérpretes, pero sobre todo que el indígena tenía una relación monogámica y patrimonial con *Joya*. En todo caso, por el escrito supondríamos que hubo una reacción del indio gentil que los misioneros interpretaron en esa expresión y, por tanto, con esa intencionalidad.

método ni el fin, con los cuales se ha llegado a esta situación”: Rozat, *Indios imaginarios e indios reales*, p. 234.

El tercer aspecto, que consideramos es el más importante desde la perspectiva de los datos de reconstrucción del indio real desde una interpretación de la interpretación, es que en ambos casos ellos salieron del área de influencia misional franciscana al momento de ser reprendidos por sus “actos”, pero permanecieron lo suficientemente cerca como para que los misioneros pudieran obtener información de cuál había sido su destino. Para el caso de Santa Clara: “por los neófitos se ha sabido está en las rancherías de los gentiles, como antes, con el traje de mujer, sin poder averiguar el fin”. Pero en el segundo, la pareja salió completamente del área de influencia directa e indirecta del sistema misional en la Alta California.

Es decir, volvemos al viejo asunto del grado de dominación de los pueblos de misión, porque no podemos negar el control occidental sobre la región. No obstante, cada vez es más evidente que los indios tenían una serie de espacios de refugio, que no estaban tan alejados de las misiones y los presidios, donde los indios podían recuperar gran parte de su forma de vida ancestral, pero bajo cierta influencia occidental, así como estrategias de supervivencia y de relación con el otro, es decir, el “español”, inmerso en su logos occidental. Pero además, al interior de la comunidad misional, en el caso de San Antonio, se percibe que las familias de indios neófitos vivían con cierta independencia del “casco misional”, a pesar de su cercanía física, ya que podían hospedar a indios gentiles dentro de sus habitaciones.

En relación con el imaginario de los misioneros, es de resaltar que esta información fue escrita por Palou en *Relación histórica de la vida y apostólicas tareas del venerable padre fray Junípero Serra*.²³ Obra de tendencia hagiográfica del citado misionero franciscano.²⁴ Si se creyera que es una descripción histórica o etnográfica, lo apropiado sería que hubiera aparecido en *Recopilación de noticias de la Antigua y de la Nueva California (1767-1783)*, especialmente en el capítulo xvii, titulado “Fúndase la misión de Santa Clara, y lo que sucedió a los principios de fundada”. Sin embargo, en este apartado no existe ninguna referencia a estos sucesos.²⁵ Se debe recordar lo señalado por Rozat, para el caso de fray Andrés Pérez de Ribas, de que el misionero en general “no está elaborando una primitiva geografía regional, ni una incipiente etnología, sino más bien una ordenación simbólico-religiosa que tiene como objetivo enumerar, inventariar, clasifi-

²³ Palou, *op. cit.*

²⁴ “Si con atenta reflexión se lee la historia que antecede de la vida y apostólicas tareas del venerable padre fray Junípero, se hallará que su laboriosa y ejemplar vida no es otra cosa que un vistoso y hermoso campo matizado de todo género de flores de excelentes virtudes”: Palou, *op. cit.*, pp. 279-280.

²⁵ Palou, *Recopilación de noticias*, tomo 2, pp. 1225-1226.

car los diferentes grupos humanos (cuya existencia autónoma puede ser puesta en duda cuando describe grupos de apenas decenas de miembros) [...] Ciertamente no se trata de un discurso geográfico, ni etnográfico, ni histórico".²⁶

Es por esto que esta narración de hechos está en la historia de las tareas apostólicas del venerable padre fray Junípero Serra, y no en la obra de "recopilación histórica" del trabajo conjunto del colegio fernandino en la Antigua y Nueva California.²⁷ En realidad, Palou lo que buscaba mostrar eran las dificultades para llevar la palabra de Dios en una frontera de gentilidad, en este caso bajo el liderazgo de Serra: "pero esperamos en Dios que, así como se vaya poblando de misiones, se irá despoblando de tan maldita gente". Ya que "ni la barbaridad de sus bozales y fieros habitantes pudieran detener el curso a sus apostólicas empresas".²⁸

Un ejemplo del discurso misional sobre la lucha del bien contra el mal, por lo que la batalla era sin cuartel por el "bien de aquellos pobres ignorantes", donde ignorancia es sinónimo de relación demoníaca, ya que para los religiosos "las otras entidades culturales e históricas sólo existen por su relación o su proximidad con el Maldito".²⁹ Así, "las idiosincrasias indígenas locales o regionales no interesan al santo varón, sólo ve almas desperdiciadas de manera estúpida, porque no alcanzaron a ser bautizadas y, por ende, no se salvaron, por lo que el día del juicio final no cantarán las alabanzas a su creador".³⁰

Pero también es de destacar que las Californias fueron la segunda frontera de gentilidad a la que se enfrentaron Serra y Palou, ya que previamente habían trabajado en las misiones de la Sierra Gorda.³¹ Experiencia que dejó

²⁶ Rozat, *América, imperio del demonio*, p. 72. Otra versión es "[...] una primitiva geografía regional ni una incipiente etnología, sino más bien una ordenación simbólico-religiosa que tiene como objetivo 'inventar' al indio del norte, haciendo las 'descripciones' y clasificaciones de los diferentes grupos humanos que 'encuentra' su relato": Rozat, "Los indios imaginarios", p. 18.

²⁷ Los misioneros franciscanos que ocuparon la antigua California y luego la Nueva California procedían del Colegio de propaganda fide de San Fernando de México, por lo que a veces se les denomina fernandinos.

²⁸ Palou, *Junípero Serra*, p. 26.

²⁹ Rozat, "Los indios imaginarios", p. 11.

³⁰ *Ibid.*, p. 12.

³¹ Pero sería para Serra su tercera experiencia evangelizadora, ya que en su natal Mallorca laboró en este aspecto entre la población rural: "Buscábanlo de las villas más principales para que les fuese a predicar la cuaresma, en lo que se ocupaba todos los años, [...]; y se iba por las cuaresmas a emplear en la conversión de los pecadores, [...] y se convertían a Dios, a pesar del mortal enemigo": Palou, *Junípero Serra*, p. 43. Guy Rozat señala que "incluso el vaivén predicación urbana/retiro espiritual al desierto es

una marca importante en la vida religiosa de estos misioneros; es por esto que consideramos, por ejemplo, que la aclaración sobre las mujeres indígenas gentiles, entre las que estaba el indio vestido de mujer (Santa Clara), de “que siempre trabajan separadas sin mezclarse con los hombres”, se refiere a las instrucciones del padre fray Pedro Pérez de Mezquía para el gobierno espiritual y temporal de las misiones queretanas,³² y que Serra implementó “de suerte que quedó aquel pueblo tan instruido y devoto, como si fueran españoles los más católicos”.³³

Trabajo misional que llenó de reconocimiento el trabajo pastoral de Junípero Serra, al grado de que al momento de la entrega de las misiones de la Sierra Gorda a las autoridades novohispanas, en 1770, todos quedaron “admirados y edificados de lo muy adelantadas que en tan corto tiempo se hallaban”.³⁴ Así, se puede percibir un alegato, a través de la obra de Palou, que busca ponderar los trabajos apostólicos de Serra desde el éxito de su experiencia en la Sierra Gorda, hasta justificar el aparente estancamiento del avance misional en la Alta California a la muerte de éste, en 1784. Esfuerzos detenidos en la región centro-sur de la entonces Alta California, en especial en la zona del canal de Santa Bárbara, donde “se hallan muchas *Joyas*, pues raro es el pueblo donde no se vean dos o tres”. No obstante, los dos casos concretos expresados por Palou son de regiones diferentes a Santa Bárbara, por lo que la expresión vendría a tratar de mostrar las dificultades enfrentadas en esa región, y de ahí que en los capítulos siguientes, sobre todo en el 55º, se concentre en esta problemática que denominó “Suspéndanse las fundaciones de la canal con grande pena del venerable padre Junípero”.³⁵

una constante de la hagiografía cristiana, particularmente clara en el franciscanismo”: Rozat, *América, imperio del demonio*, p. 70.

³² Mezquía fue padre presidente de las cinco misiones encargadas al colegio de propaganda fide San Fernando de México, para que fueran fundadas en la Sierra Gorda a partir de 1744, y para ello elaboró una serie de recomendaciones para administración: Palou, *Junípero Serra*, pp. 58-61. Al parecer con base en éste, años después fray Rafael Verger redactó el documento titulado “Sobre nuevo método de Gobierno espiritual de misiones de Californias”: Archivo General de la Nación, *Provincias internas*, vol. 152, exp. 5, f. 527-553, 15 de noviembre de 1772, “Copia del informe...”. También v. Mario Alberto Magaña Mancillas, *Poblamiento e identidades en el área central de las Californias, 1769-1870*, tesis de doctorado, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2009, pp. 155-160.

³³ Palou, *Junípero Serra*, p. 65.

³⁴ *Ibid.*, p. 70.

³⁵ *Ibid.*, pp. 253-256.

PRÁCTICAS SEXUALES E IDENTIDAD DE GÉNERO

Por todo lo anterior, el hecho de incluir una “descripción” de indios vestidos de mujer en una obra donde la única otra referencia sobre prácticas sexuales es sobre un concubinato de gente de razón,³⁶ y de la cual según un estudioso “se puede decir que la obra va al grano, sin entrar en excesivos detalles paralelos de la historia; [donde] el hilo conductor es Junípero Serra, y de lo que él se aleja no es recogido”,³⁷ indica que la intención de Palou era mostrar el nivel de salvajismo, ignorancia y trato demoníaco de los indios gentiles e indios neófitos con lo que tenían que luchar los misioneros, en especial fray Junípero Serra, en esta nueva frontera de gentilidad. La cual no había sido convertida totalmente a la muerte del venerable Serra, pero no por falta de fervor, esfuerzo y entrega del misionero y sus compañeros, argumenta Palou, sino por el trabajo del demonio, sobre todo a través de esta “gente maldita”. Por lo que al leer esta supuesta descripción etnográfica, como ya lo ha señalado Rozat, “encontraremos pocas informaciones claras, pocas fechas, pocos nombres de lugares y de personajes identificables que puedan ser utilizados por un historiador contemporáneo, que trabaje con criterios científicos de fines del siglo xx”.³⁸

Mucho se puede reconstruir del pensamiento de fray Francisco Palou con su obra, especialmente la dedicada a Serra, y que es importante para entender el logos occidental en los misioneros peninsulares en las Californias a fines del siglo XVIII. Pero también, gracias a este proceso de construcción simbólica y teológica, se sabe que en la Alta California, en la segunda mitad del siglo XVIII, hubo algunos indios vestidos de mujer, que desempeñaban roles femeninos (desde la perspectiva de los misioneros),³⁹ y que por lo menos había indiferencia o tolerancia hacia ellos por parte de los demás indígenas cercanos al sistema misional y colonial en esta parte del noroeste novohispano. Pero también, a partir de esta información, se puede reconstruir parte de las prácticas sexuales indígenas, tanto de los heterosexuales como sobre la homosexualidad, en el amplio noroeste novohispano.

Es obvio, como Albert L. Hurtado señala, que “recrear el comportamiento sexual de cualquier pueblo histórico es difícil, pero es especialmen-

³⁶ Caso ocurrido en la ciudad de Antequera, obispado de Oaxaca, entre un español y aparentemente una criolla: *ibid.*, pp. 81-82.

³⁷ José Luis Anta Felez, “Introducción”, en *ibid.*, p. 17.

³⁸ Rozat, *América, imperio del demonio*, p. 58.

³⁹ “[...] los historiadores necesitan examinar las formas en que se construyen sustancialmente las identidades de género y relatar sus hallazgos a través de una serie de actividades, organizaciones sociales y representaciones histórico-culturales específicas”: Scott, *Género e historia*, p. 67.

te complicado en las sociedades que carecen de un registro escrito. Sin embargo, la antropología moderna y el testimonio histórico hacen posible una plausible —aunque parcial— reconstrucción de la vida íntima indígena”.⁴⁰ No obstante, también por medio de las comparaciones con otros grupos indígenas se suponen algunas prácticas sexuales indígenas al momento del contacto con la colonización novohispana de la Alta California, que podemos centrar a partir de 1769. Pero además fue arduo para los misioneros y soldados modificar el comportamiento sexual de los indígenas, ya que establecido por las tradiciones ancestrales y “desde su punto de vista, funcionaban perfectamente bien”. En general, en el amplio territorio de las Californias, especialmente de la Alta California, los grupos indígenas mantenían la pauta de relaciones sexuales como formas de integración social y de reproducción biológica, centradas en relaciones de parejas que en general eran solidarias, aunque no necesariamente monogámicas.⁴¹ Lo que no excluyó, como ya se ha mostrado, que existieran otro tipo de relaciones, como la poligamia o prácticas homosexuales.

Es importante señalar que en el proceso cognoscitivo realizado para comprender prácticas sexuales o identidades de género en el pasado mediato, es necesario recurrir a conceptos contemporáneos que buscan esclarecer al lector contemporáneo lo que los académicos buscamos explicar de las sociedades históricas. Sin embargo, siempre es un ejercicio anacrónico, ya que tales conceptos no existían en esa época y sociedades, especialmente entre los grupos indígenas históricos. Por ejemplo, cuando Hurtado compara el caso de las *Joyas* altacalifornianas con los *berdache* de las tribus de las grandes planicies, y al definir a los segundos dice: “El *berdache* vestía como mujer y generalmente se asumían muchos roles de género femenino, pero no eran considerados como homosexuales”.⁴²

Regresando al testimonio misional, en los dos casos descritos, sólo en el de *Joya* y de su marido “los hallaron en el acto de pecado nefando”, es decir realizando una práctica sexual que clasificaríamos hoy como homosexual, aunque el esposo mostrara, según la visión de los misioneros, una actitud heterosexual e indicara “que aquella *Joya* era su mujer”. Por otros testimonios de la época se conoce que el denominado “pecado nefando” o prácticas sexuales entre hombres eran bastante usuales entre los grupos indígenas. Por ejemplo, el gobernador Pedro Fagés señaló que los indios del área del canal

⁴⁰ Albert L. Hurtado, “Sexuality in California’s Franciscan Missions: Cultural Perceptions and Sad Realities”, *California History*, vol. LXXI, núm. 3, otoño de 1992, p. 373, traducción libre.

⁴¹ *Ibid.*, p. 373.

⁴² *Ibid.*, p. 374, traducción libre.

de Santa Bárbara, precisamente de los casos de las *Joyas* de Palou, eran “adictos al vicio incalificable de pecar contra la naturaleza”, y que por lo menos existía una *Joya* en cada ranchería. Por su parte, fray Pedro Font registró que había “sodomitas adictos a las prácticas nefandas” entre los indios denominados yumas del área de las confluencias de los ríos Colorado y Gila.⁴³

Pero nuestra interpretación del testimonio del misionero es que, más que encontrar evidencias de una práctica sexual homosexual, estamos ante elementos de identidad de género, en este caso de feminidad, ya que en el caso del indio vestido de mujer de Santa Clara, cuyo nombre no se registró (recuérdese Rozat), se escribió que “entre las *mujeres* gentiles [...], había *una* que, según el traje que traía de tapada honestamente, y según el adorno gentilicio que cargaba, y en el modo de trabajar, sentarse, etc., era *indicio de ser mujer*”.⁴⁴ Por su parte, Hurtado señala que en el caso de la tradición *berdache* “parece que en algunos grupos indígenas se creía que pertenecían a un tercer género, que combinaba los aspectos masculinos y femeninos. En cuanto al sexo, ellos tomaron el rol femenino, y por lo general se casaron con hombres que fueron considerados como hombres heterosexuales”.⁴⁵

CONCLUSIÓN

Por todo lo anterior, es indudable que en el texto de fray Francisco Palou se dio un mayor énfasis a las prácticas sexuales condenables desde la perspectiva misional hispánica y del logos occidental católico, ya que la argumentación-discurso era evidenciar las dificultades que debían afrontar, resolver y superar los misioneros en esas tierras de frontera de gentilidad, sobre todo frente a su exitosa experiencia en la Sierra Gorda. Por ello, se considera que aunque los testimonios misionales de la segunda mitad del siglo XVIII nos pueden dar algunos datos y evidencias de las prácticas sexuales de los grupos indígenas, son más ricos en información sobre las identidades de género,⁴⁶ como lo muestra el caso de *Joya* de Santa Clara,

⁴³ *Ibid.*, p. 376, traducción libre.

⁴⁴ Palou, *Junípero Serra*, pp. 224.

⁴⁵ Hurtado, *op. cit.*, p. 374, traducción libre y cursivas añadidas.

⁴⁶ “Las marcas del género, por lo tanto, están presentes en cada momento de la existencia de los seres humanos, inmersas en el vasto rango de las prácticas sociales, y se ven influidas por el momento histórico y el contexto espacial”: Maricruz Castro Ricalde, “Género”, en *Diccionario de Estudios Culturales Latinoamericanos*, Mónica Szurmuk y Robert McKee Irwin [Coords.], Ciudad de México, Siglo XXI Editores/Instituto Mora, 2009, p. 113.

la cual, después de haber sido “descubierta” y castigada, se refugió en el “monte” con los grupos indígenas gentiles, cercanos pero fuera del control misional y colonial, y los misioneros anotaron que “por los neófitos se ha sabido está en las rancherías de los gentiles, como antes, con el traje de mujer, sin poder averiguar el fin”.

Sirva este ejercicio como una contribución académica desde la disciplina histórica a la exploración de la mejor comprensión de las sociedades históricas, especialmente de regiones periféricas, como las Californias y el noroeste novohispano, así como a la implementación en los grupos humanos del pasado mediato de conceptos teóricos que han permitido avanzar en los estudios contemporáneos sobre género, identidad de género, feminidad, o agencia y espacios públicos, como sugiere Bárbara O. Reyes. Pero sobre todo, su conjunción con la propuesta de Guy Rozat de la interpretación de la interpretación y los alcances de la obtención de información sobre los grupos indígenas por medio de los textos de los misioneros y funcionarios coloniales. Lo que permitió, desde nuestra perspectiva, comprender mejor un documento histórico y con ello ampliar las posibilidades de explicación de los grupos subalternos como los indígenas y las mujeres a fines del siglo XVIII en las Californias.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Rojas, Carlos Antonio

2002 *Antimanual del mal historiador o cómo hacer una buena historia crítica*, Ciudad de México, ediciones La Vasija.

Bolton, Hebert E., editor

1966 *Historical Memoirs of New California by fray Francisco Palou, O.F.M., Traslated into English from the Manuscript in the Archives of Mexico*, Nueva York, edición facsimilar de la de 1926, 4 vols., Russell & Russell.

Castañeda, Antonia I.

1998 “Engendering the History of Alta California, 1769-1848. Gender, Sexuality, and the Family”, en *Contested Eden. California Before The Gold Rush*, Ramón A. Gutiérrez y Richard J. Orsi [Eds.], Berkeley, University of California Press, pp. 230-259.

Castro Ricalde, Maricruz

2009 “Género”, en *Diccionario de Estudios Culturales Latinoamericanos*, Mónica Szurmuk y Robert McKee Irwin [Coords.], Ciudad de México, Siglo XXI Editores/Instituto Mora, pp. 112-119.

Engelhardt, Zephyrin

1908 *The Missions and Missionaries of California*, vol. 1, “Lower California”, San Francisco, The James H. Barry Company.

Fuentes Mares, Benjamín

2002 "El origen de la historiografía", en José Ronzón y Saúl Jerónimo [Coords.], *Reflexiones en torno a la historiografía contemporánea*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, pp. 35-48.

Hurtado, Albert L.

1992 "Sexuality in California's Franciscan Missions: Cultural Perceptions and Sad Realities", *California History*, vol. LXXI, núm. 3, pp. 370-385.

Magaña Mancillas, Mario Alberto

2009 *Poblamiento e identidades en el área central de las Californias, 1769-1870*, tesis de doctorado, Zamora, El Colegio de Michoacán.

Mathes, W. Michael

1998 *Jesuitica californiana, 1681-1764. Impresos de los RR.PP. Eusebio Francisco Kino, Fernando Consag, Juan Antonio Balthasar, Juan Joseph de Villavicencio y Francisco Zevallos de la Compañía de Jesús*, Madrid, José Porrúa Turanzas.

Mathes, W. Michael

1965 *Californiana I: Documentos para la historia de la demarcación comercial de California, 1583-1632*, Madrid, José Porrúa Turanzas, 2 vols.

1970 *Californiana II: Documentos para la historia de la explotación comercial de California, 1611-1679*, Madrid, José Porrúa Turanzas, 2 vols.

1979 *Obra californiana del padre Miguel Venegas, S. J.*, La Paz, Universidad Autónoma de Baja California Sur, 5 vols.

Meigs III, Peveril

1935 *The Dominican Mission Frontier of Lower California*, Berkeley, University of California Press.

1994 *La frontera misional dominica en Baja California*, colección Baja California: Nuestra Historia, núm. 7, Ciudad de México, Secretaría de Educación Pública/Universidad Autónoma de Baja California.

Nieser, Albert B.

1960 *The Dominican Mission Foundations in Baja California, 1769-1822*, tesis doctoral, Chicago, Universidad de Loyola.

Nieser, Albert B.

1998 *Las fundaciones misionales dominicas en Baja California, 1769-1822*, Mexicali, Universidad Autónoma de Baja California, colección Baja California: Nuestra Historia, núm. 14.

Palou, Francisco

1994 *Cartas desde la península de California (1768-1773)*, transcritas y editadas con algunas notas y cuatro apéndices documentales por José Luis Soto Pérez, Ciudad de México, Porrúa.

1998 *Recopilación de noticias de la Antigua y de la Nueva California (1767-1783)*, nueva edición con notas por José Luis Soto Pérez, estudio introductorio de Lino Gómez Canedo, dos tomos, Ciudad de México, Porrúa.

Reyes, Bárbara O.

2009 *Private Women, Public Lives. Gender and the Missions of the Californias*, Austin, University of Texas.

Río, Ignacio del

1997 *La fundación de la California jesuítica. Siete cartas de Juan María de Salvatierra*,

S. J. (1697-1699), La Paz, Universidad Autónoma de Baja California Sur/
Fondo Nacional de Fomento al Turismo.

1998 *Conquista y aculturación en la California jesuítica, 1697-1768*, 2a. ed., Ciudad de México, UNAM.

Rozat, Guy

1995 *América, imperio del demonio: cuentos y recuentos*, Ciudad de México, Universidad Iberoamericana.

1996 "Los indios imaginarios del logos occidental", en Carmen Nava y Mario A. Carrillo [Coords.], *México en el imaginario*, Ciudad de México, CEMCA/UAM-Xochimilco, pp. 5-26.

2002 *Indios imaginarios e indios reales en los relatos de la conquista de México*, Xalapa, Universidad Veracruzana.

Scott, Joan Wallach

2008 *Género e historia*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica/Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Religión y construcción simbólica de territorios identitarios urbanos en la ciudad de Guadalajara: El Bethel y Santa Cecilia*

Daniel Solís Domínguez

Coordinación de Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

RESUMEN: *En este texto se describen y analizan los procesos religiosos que intervienen en la construcción de territorios identitarios urbanos situados en la ciudad de Guadalajara. Diferentes sistemas religiosos anclados al espacio urbano van construyendo territorios diferentes. Por un lado se examinan prácticas religiosas correspondientes al catolicismo popular y, por otro, prácticas religiosas correspondientes al sistema de creencias de la Iglesia denominada La Luz del Mundo. Las primeras territorialmente están referenciadas a la colonia Santa Cecilia, y las segundas, a la colonia El Bethel. Los habitantes de cada una de estas colonias operan un sistema de creencias que les permite identificarse, diferenciarse y posicionarse en las heterogéneas y contradictorias relaciones identitarias urbanas de Guadalajara.*

ABSTRACT: *The aim of this paper is to describe and analyze the religious processes that interfere in the construction of urban identity territories located in the city of Guadalajara. Diverse religious systems in the urban areas, build different territories. Religious practices from the popular Catholicism as well as religious practices from the church named the light of the world are revised throughout this paper. The first ones take place in Santa Cecilia neighborhood, the second ones in El Bethel. The residents of these neighborhoods are part of a system of beliefs that allows them to identify, distinguish and locate themselves in the heterogeneous and contradictory urban identity relationships from Guadalajara.*

* Los datos que se incluyen en este texto corresponden a la investigación titulada *La escuela pública frente a las iglesias. Relaciones entre práctica escolar y práctica religiosa: identidad, normas y valores en dos colonias populares de Guadalajara*, realizada en el marco del programa de doctorado en ciencias sociales ofrecido por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Occidente. El trabajo de campo fue realizado en distintos periodos durante los años 2003, 2004 y 2005 en las colonias El Bethel y Santa Cecilia, y se aplicó una metodología con un enfoque cualitativo antropológico. En la investigación se analizaron las relaciones entre los procesos escolares de escuelas públicas y los procesos religiosos en contextos populares.

PALABRAS CLAVE: *Práctica religiosa, construcción del territorio, catolicismo, iglesia Luz del Mundo.*

KEYWORDS: *Religious practice, territory construction, catholicism, Luz del Mundo (Light of the world church).*

En este texto se analiza la relevancia de dos sistemas religiosos en la fundación y construcción de identidades colectivas ancladas al territorio urbano de la ciudad de Guadalajara. Compartir creencias y prácticas religiosas configura “maneras” socioculturales de conocer y de existir colectivamente en la ciudad. Se plantea que adherirse a un determinado sistema de creencias religioso permite a los habitantes de Guadalajara posicionarse y distinguirse dentro de la intrincada dinámica de relaciones identitarias urbanas. La adhesión de los individuos a colectividades religiosas en la ciudad les permite, por un lado, configurar formas distintas de habitarla, y por otro, construir fronteras no exclusivamente a partir de criterios geográficos visibles y estáticos sino fundamentalmente mediante procesos simbólicos en permanente conformación de acuerdo con condiciones contextuales concretas. En otras palabras, formulamos que en la ciudad de Guadalajara la multiculturalidad religiosa constituye y construye procesos de distinción identitaria, es decir, de jerarquía y de poder expresados territorialmente. Específicamente referimos dos casos: la colonia Santa Cecilia y la colonia El Bethel.

1. CULTURA, RELIGIÓN Y CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA DE COMUNIDAD: LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES TERRITORIALES

Cultura, religión y “comunidad” son conceptos fuertemente articulados; sin embargo, refieren a procesos y a sucesos distintos de la sociedad. La cultura se entiende como el conjunto de símbolos y significados relacionados entre sí que los individuos han construido, y reconstruyen permanentemente, no obstante que determinan sus conductas [Geertz, 1989]. Símbolos y significados compartidos por individuos, con los cuales, de acuerdo con su posición y condición social específica, orientan sus comportamientos en diversas situaciones dentro de contextos históricamente estructurados [Thompson, 2002: XXIV; Giménez, 1994]. La cultura es estructurante de conductas y también estructurada por los individuos, es maleable y plástica. En cuanto a su contenido estos símbolos y signos se refieren a “1) conocimientos e información, 2) valoraciones, 3) emociones y sentimientos, 4) ilusiones y utopías” [Varela, 2005:83].

La religión es parte constitutiva y constituyente de la cultura y, entonces, se compone también de símbolos y significados, es entendida como un sistema de símbolos [Geertz, 1989] en donde se articulan ideas y prácticas (conocimientos e información, valoraciones, emociones y sentimientos e ilusiones y utopías) vinculadas con lo sobrenatural y extraordinario y, a su vez, con lo sagrado y profano. Es así, siendo un sistema de ideas y de prácticas, que la religión ofrece modelos (una cosmovisión) para pensar, entender y explicar la realidad social y también modelos (un *ethos*) para actuar en la sociedad.¹

Por su parte, comunidad es una agregación de individuos, una grupalidad o colectividad diferenciada y singular. Es diferente y singular en tanto que los individuos agregados comparten elementos históricos, culturales y una posición estructural dentro de un contexto o dentro de una sociedad; es decir, comparten ideas y prácticas. “Comunidad así parece implicar simultáneamente tanto similaridad como diferencia. De tal manera que la palabra expresa una idea relacional: la oposición de una comunidad ante otra u otras entidades sociales” [Cohen, 1995:12]. Comunidad expresa una distinción. De acuerdo con esto, existe un sentido de delimitación, es decir, de frontera. La frontera marca el inicio y el fin de la comunidad. Las fronteras pueden ser objetivas o existir en las mentes de los miembros de la comunidad. Desde este punto de vista, en las fronteras están dadas las prácticas e interacciones de y entre los integrantes. Prácticas que, al estar delineadas por los símbolos compartidos, configuran límites, fronteras. Este es el aspecto simbólico de comunidad [Cohen, 1995]. La frontera de una comunidad se construye por la interacción entre personas que les permite construir una comunidad diferenciada exteriormente y articulada interiormente. En este sentido, el término comunidad refiere a un grupo de personas o colectividad que interpretan, comparten y perciben de una forma semejante símbolos, lo que les permite reconocerse como integrantes de esa colectividad [Cohen, 1995]. A este proceso Cohen lo denomina la construcción simbólica de fronteras. En la construcción simbólica de fronteras de comunidad, descritas y analizadas más adelante, ubicadas en la ciudad de Guadalajara, la dimensión religiosa es relevante. En síntesis, las comunidades religiosas son agregados, colectividades de individuos que construyen relaciones a partir de compartir sistemas de significados, enlazados a sistemas de creencias y valores.

¹ Geertz anota que la religión es “Un sistema de símbolos cuya función es establecer en los hombres disposiciones y motivaciones poderosas, penetrantes y duraderas, mediante la formulación de conceptos que se refieren al orden general de existencia; tales conceptos son revestidos con tal aura de verisimilitud que las disposiciones y motivaciones parecen singularmente realistas” [Geertz, 1989:89].

Por último, la convergencia de elementos simbólicos de perfil religioso en un espacio físico, van dotándolo de significados. Eso debido a las experiencias suscitadas y compartidas (en función de interpretar la simbólica religiosa de manera semejante) por los individuos que habitan en ellos. El espacio geográfico va adquiriendo un carácter de significación, esto es, va adquiriendo sentido para los habitantes. De esta manera, se inaugura un territorio. Inauguración constante, permanente, que llevan a cabo los habitantes a través de sus interacciones y prácticas cotidianas en el espacio. En otras palabras, las prácticas religiosas construyen territorio [Giménez, 2001; Solís, 2009]. En el territorio, cuando en él se arraigan prácticas, cuando en él se anclan los procesos socioculturales como los religiosos, se constituye un espacio social de identidad: un territorio identitario creado a partir de compartir un sentido de comunidad religiosa.

2. LA CIUDAD DE GUADALAJARA: EL ESCENARIO DE LA MULTICULTURALIDAD RELIGIOSA

Entender el intrincado y heterogéneo plexo urbano, requiere pensarlo en sus múltiples conexiones y relaciones entre individuos, grupos e instituciones, los cuales comparten un gran escenario común: la ciudad. De acuerdo con lo planteado en la sección anterior, se piensan las relaciones urbanas desde la óptica simbólica [Reguillo, 2005]. En la ciudad se produce y reproduce la cultura urbana, es decir, una intrincada y compleja articulación de objetos materiales y simbólicos que operan bajo reglas, que los actores manipulan y a la vez obedecen en diferentes escenarios [Reguillo; 2005:76]. Es decir, de acuerdo con contextos específicos y las posiciones de los individuos en ellos, se manifiesta de forma diversa la cultura, esto es, la ciudad expresa y permite la multiculturalidad. En ella se constituyen y reconstituyen grupalidades, colectividades bajo un modelo de comunidad simbólica.

Además, en términos analíticos comprendemos a la ciudad al menos en dos niveles. Uno, el de las experiencias y prácticas de los sujetos y, otro, el de los contextos históricamente estructurados en los cuales se inserta el sujeto. Los niveles están superpuestos y articulados de suerte que las prácticas de los sujetos sólo adquieren sentido en estos contextos y los contextos sólo se construyen por las prácticas. De esta forma, la fisonomía urbana de Guadalajara es obra de sus habitantes, es el resultado de las relaciones, interacciones que establecen entre ellos en los diversos contextos que, a su vez, constituyen el entramado de la ciudad. La ciudad de Guadalajara puede adjetivarse descriptivamente como un enorme escenario que alberga múltiples contextos específicos porque han sido configurados y singularizados

históricamente. Multiplicidad que alude, de acuerdo con situaciones específicas, a una simultaneidad y entrelazamientos de elementos y procesos tradicionales, modernos y posmodernos.

El campo religioso en Guadalajara ha presentado en los últimos años transformaciones cuantitativas y cualitativas. La hegemonía del catolicismo es por un lado innegable, pero por otro enfrenta una fuerte diversificación y fragmentación expresada en una multiplicidad de sociedades religiosas católicas y no católicas [Fortuny, 1999]. A continuación se ejemplifica, mediante dos casos, esta diversidad religiosa expresada territorialmente, los cuales constituyen formas diferentes de habitar en la ciudad de Guadalajara.

3. EL BETHEL: CONSTRUCCIÓN DEL TERRITORIO²

La colonia se ubica hacia el oriente del municipio de Guadalajara (o de la zona metropolitana de Guadalajara). Administrativamente, las delimitaciones corresponden a calles y avenidas indicadas en la traza urbana oficial que la distinguen de otras colonias. Sin embargo, hay otras delimitaciones más relevantes que marcan diferenciación tanto en la colonia y colonias vecinas. La presencia, en estas últimas, y en las calles colindantes con El Bethel, de *grafittis* alusivos a temas religiosos católicos como la virgen de Guadalupe, la Santa Cena y Jesús Cristo expresan la intención de hacer la distinción

² Inicialmente, mi trabajo de campo con perfil etnográfico en la colonia estuvo pautado por los permisos de las autoridades de la Luz del Mundo: con quién hablar y dónde acudir a observar; incluso hubo que redactar una carta donde explicaba mis intenciones de investigación, dirigida a las autoridades internacionales de la Iglesia (cuya sede se encuentra en la colonia Hermosa Provincia, ubicada también en la ciudad de Guadalajara), para que permitieran el acceso al templo. Esto ocurrió así debido a que La Luz del Mundo es una institución que mantiene un riguroso control administrativo (asistencias a ceremonias, a las oraciones, entre otros) sobre sus adherentes. Además, el líder de la Iglesia ha sido señalado (por ex-miembros de la propia Iglesia) como responsable de abusos sexuales. Esta situación ha generado desconfianza en las autoridades de la Luz del Mundo sobre quienes se aproximan a la Iglesia con intenciones de realizar investigaciones académicas, que incluso no buscan indagar las cuestiones de abuso. De tal manera que, al inicio, mi trabajo fue delimitado por la institución. Sin embargo, afortunadamente, mi presencia e interacción cotidiana con los habitantes de la colonia y en los servicios del templo, y particularmente mi incursión en otros espacios dentro de la misma colonia, como la escuela primaria pública, me permitieron acceder a la información que se presenta en este artículo. Sentí que las mamás integrantes de la Luz del Mundo, cuyos hijos e hijas asistían a la primaria, en ese espacio escolar extendían sus respuestas a diferencia de otros espacios (en la calle, incluso en los hogares donde fui invitado). Para abundar en la situación de denuncia sobre abuso sexual ver: *Revista académica para el estudio de las religiones*, tomo 1, 1997. Número dedicado a la Luz del Mundo.

entre dos formas de simbolizar y delimitar el territorio. También en las ventanas o puertas de las casas ubicadas en las calles colindantes de colonias vecinas es común ver pequeños carteles donde, junto a la figura de la Guadalupana, se lee “Este hogar es católico”. En contraste, algunas casas de El Bethel exhiben estandartes de tela o papel donde se lee “Santa Convocación. 2004”. La Santa Convocación o Santa Cena es la conmemoración religiosa más importante y masiva de la Iglesia La Luz del Mundo, de la cual más adelante introduciremos una breve nota.

En la colonia El Bethel las calles, los pequeños negocios, incluso instituciones gubernamentales llevan el nombre de lugares y personajes bíblicos: Sidón, Betania, Eglón, Betsayda, farmacia Monte Sinaí, tortillería La Viña de Jezarrel; estos nombres recuerdan a los habitantes que en la ciudad viven en un lugar “sagrado”. Todo esto constituye una toponimia religiosa que distingue y delimita un territorio en la ciudad.

El Bethel se ubica en una zona de la ciudad en donde la Iglesia de La Luz del Mundo ha logrado engrosar sus adeptos con éxito y crear nuevas colonias o tener una población de adeptos importante en colonias de reciente creación. La colonia El Bethel está bien identificada por habitantes de la zona, forma parte, conjuntamente con el resto de las colonias vecinas (“La Heliodoro Hernández”, “La Jalisco”, “Villas de Guadalupe”, “El Zalate”) del mapa urbano imaginario de cada persona con el cual se desplaza en la ciudad. Incluso los habitantes de El Bethel registran de manera común otras colonias en las cuales la mayoría de sus residentes son miembros de La Luz del Mundo, tales como “Balcones de la Barranca”, “La Nueva Israel”, “La Hermosa Provincia”, “La Joaquín Aarón” (nombre del fundador de La Luz del Mundo) o “Lomas del Gallo”, todas ellas situadas más o menos en la misma zona.

La colonia se funda en la década de los setenta del siglo pasado. En lo que ahora es El Bethel sólo había terrenos dedicados a la agricultura y prácticamente estaba despoblado. Fue a finales de esa década, cuando un grupo de personas pertenecientes a la Iglesia La Luz del Mundo adquirió esos terrenos para habitarlos. En El Bethel se instrumentaron estrategias de la iglesia para lograr cohesionar a sus feligreses y que éstos permanecieran adheridos al *ethos* religioso. Entre las estrategias está el que familias de feligreses habiten conjuntamente en colonias que, en principio, son exclusivas para ellas. No debe dejarse de mencionar que entre las estrategias de La Luz del Mundo, pueden considerarse las alianzas clientelares que logró tejer tanto el líder fundador de la iglesia como el actual líder con la cúpula política local del Partido Revolucionario Institucional [De la Torre, 1995; Solís, 2009]. De esta manera, en la fundación de la colonia se aprecian ele-

mentos de carácter político, mediados por el apoyo gubernamental priista de ese entonces para adquirir los terrenos.

En la narrativa de la fundación de la colonia, los habitantes reconstruyen una historia de trabajo colectivo y solidario, lleno de avatares y de carencias, una historia casi mítica. La historia de la colonia está vertebrada por elementos prácticos (la búsqueda de vivienda) aunados a una simbólica sagrada. Su referente para interpretar el pasado, su presente y futuro está en razón de la concepción de la cosmología religiosa. La construcción del templo en El Bethel es también una expresión de la simbólica sagrada para los habitantes. En 1982 se inició su construcción. Hoy, el templo es motivo de orgullo, de grandeza y distinción para los habitantes de la colonia afiliados a La Luz del Mundo. En esta edificación, el trabajo colectivo y organizado, sin que la mayoría recibiera una retribución económica, aparece en la memoria de los habitantes: “todos trabajábamos por turnos, todos queríamos tener nuestro templo”, recuerdan con visible emoción y orgullo aquellos que participaron.

Dentro del bagaje histórico local también son relevantes los acontecimientos de enfrentamiento (incluso físico), dados en el marco de la intolerancia religiosa entre la feligresía católica y la de La Luz del Mundo. En la década de los ochenta del siglo pasado se enfrentaron en batalla campal cuando los miembros de La Luz del Mundo veían y sentían que su colonia era invadida por católicos en procesión, quienes en las procesiones anuales llevaban por toda la ciudad a la virgen de Zapopan, por la calle frente al templo. Alguna vez tuvo que intervenir la fuerza pública del estado para asegurar la integridad física de ambos bandos. Ahora, todos coinciden en que esto ha quedado en el pasado; sin embargo, en el discurso, tanto de católicos como de La Luz del Mundo, son comunes las descalificaciones y vituperios de unos hacia otros. El itinerario de las procesiones de los católicos, al paso del tiempo, se ha modificado: de transitar por la calle frente al templo, a tres cuadras del mismo, hacia los límites de la colonia.

La historia de la colonia está aunada a la historia mítica de la Iglesia y ésta, a su vez, está en estrecha relación con el personaje, igualmente mítico, que la fundó: Eusebio Joaquín González que después cambiaría su nombre, por revelación divina, a Aarón.³ Aarón, nacido en Monterrey, después de recibir la revelación se dirige hacia la ciudad de Guadalajara, ciudad en donde

³ El relato mítico cuenta que “El seis de abril de 1926, estando Eusebio dormido, presenció una visión celestial: lo despertó un estruendo que anunciaba la visita de Dios, vio una mano grande y blanca que lo señalaba con el dedo índice y le decía: Tu nombre será Aarón y lo harás notorio por todo el mundo y serás bendición y tu simiente será como las estrellas del cielo” [De la Torre, 1995:35].

se desarrolla y consolida la Iglesia. La Luz del Mundo es una Iglesia de tipo fundamentalista y por sus orígenes, mexicana, entre cuyos rasgos pueden mencionarse la apropiación de tres tradiciones: “el pasado bíblico del pueblo de Israel, las primeras comunidades cristianas y el discurso nacionalista oficial mexicano” [De la Torre, 1998:262]. El nombre completo de la iglesia es Iglesia del Dios Vivo, Columna y Apoyo de la Verdad, La Luz del Mundo. Sus orígenes se ubican en la ciudad de Monterrey y datan de 1926.

Aarón fue el líder místico y autoridad máxima de la Iglesia por casi cuatro décadas, hasta su fallecimiento en 1964. Durante este periodo, alrededor de Aarón se construyó (o se auto-construyó) la imagen de apóstol de Dios. Los feligreses lo denominan el Siervo de Dios, el Varón de Dios, el Príncipe, el Ungido de Dios, términos que simbolizan en la persona de Aarón la autoridad, respeto, reverencia y la verdad única dada directamente de Dios. Paralelamente, también se construyó una narrativa mítica que explica y valida las acciones de Aarón. En particular, se forjó una especie de devoción a la figura de Aarón, continuada en la persona de Samuel Joaquín, su hijo, el actual líder de La luz del Mundo. Estos atributos son visibles en la organización y estructura vertical de la Iglesia, en el comportamiento y vestir de los feligreses, en los servicios religiosos diarios, en las colonias que han fundado y en el sistema de creencias y prácticas que sustentan. Sin embargo, el núcleo duro de identidad está en el sistema mítico y ritual creado alrededor de los líderes: Aarón y Samuel Joaquín.

Durante el liderazgo de Aarón se institucionalizaron los rasgos distintivos de la Iglesia: disciplina, obediencia, el respeto a los valores patrios, un sistema de vida comunitario, una ética del trabajo y una ética puritana, así como la apropiación de los valores nacionales e historia oficial del Estado mexicano liberal, como el anticatolicismo y la exaltación de Juárez [De la Torre, 1995]. Esto último es relevante en términos de construcción del territorio identitario pues la iglesia, es decir, sus miembros participan activamente en eventos cívicos de envergadura local. Entre los más sobresalientes pueden anotarse la participación en los desfiles del 20 de noviembre (conmemoración de la Revolución mexicana) y el 16 de septiembre (conmemoración de la independencia de México) que organizan las escuelas públicas (primaria y secundaria). Su participación no sólo es desfilando (hay un grupo “Los Escuderos de Cristo”, perteneciente a la Iglesia, que marcha junto a los estudiantes) sino también ofreciendo logística y equipo de sonido durante los desfiles.

Durante las casi tres décadas que han transcurrido desde la fundación de la colonia, pueden notarse transformaciones notables en su paisaje (el mercado; la construcción de las escuelas primaria, preescolar y secundaria;

las instalaciones del templo, entre ellas un edificio de cuatro pisos y otro de las mismas dimensiones, que se está construyendo; el Centro de Salud de la Secretaría de Salud; un módulo deportivo, entre las más sobresalientes); sin embargo, son las edificaciones religiosas, el templo especialmente, que otorga una simbólica identitaria tanto para los habitantes de la colonia como para el resto de los habitantes de las colonias vecinas. El templo sobresale tanto por su forma arquitectónica como por su tamaño.

Las casas próximas al templo lucen como recién pintadas (fachadas, puertas, celosías) y presentan un diseño de fachada de cierta comodidad económica, que sale del patrón común del resto de las edificaciones de las viviendas, que más bien son precarias. Todo esto ha ido constituyendo, en su conjunto, una forma particular de significar el espacio por parte de los colonos.

El templo en El Bethel representa física y simbólicamente un elemento cardinal en la vida diaria de la colonia. Los servicios religiosos se ofrecen durante toda la semana, tres veces al día. El primero a las cinco de la mañana, el segundo a las nueve de la mañana y el tercero, siguiendo el cambio de horario, a las seis de la tarde si es invierno (cuando hace menos calor) y a las siete de la tarde si es verano y hace demasiado calor. Sólo el domingo se ofrecen dos veces al día: durante la mañana, a las diez, y por la tarde, a las seis. En este día la asistencia es la más nutrida de la semana, el templo se llena con aproximadamente cuatro mil “almas”, en tanto que durante la semana, en cada servicio la asistencia promedio es de mil. En el servicio de las nueve (“dedicado a las amas de casa”, según una de las encargadas de hacer guardia en el templo) la mayoría de los asistentes son mujeres y quien dirige la oración es generalmente una mujer. Las puertas del templo siempre están abiertas y siempre hay personas, hombres o mujeres, “haciendo guardia”, en espera de algún visitante a quien después de preguntarle el motivo de su visita, si “es la primera vez que viene” y dependiendo de la respuesta del visitante, lo invitarán a entrar al templo mientras le explican con claridad y fluidez aspectos doctrinales o le describirán las características físicas del templo.

En las horas de los servicios religiosos es notable en la colonia el aumento de desplazamientos de personas hacia el templo. Mujeres y hombres, familias con niños caminan discretamente hacia el templo. Las mujeres de La Luz del Mundo se destacan del resto por su manera cotidiana de vestir: usan faldas largas hasta los tobillos, y también porque cuando se dirigen al templo algunas ya van con una mantilla sobre la cabeza. En los hombres no existe diferencia notable (sólo no usan barba). Las mujeres de La Luz del Mundo son identificadas, principalmente, por el largo de su vestido.

En la organización y funciones del templo también se contempla realizar actividades de tipo asistencial y de servicio comunitario en la colonia mediante lo que se denomina “ministerios”: ministerio de salud, ministerio de comunicación, ministerios de educación cristiana. Cada ministerio es un elemento estructural de la Iglesia cuya función es realizar actividades que contribuyen a reproducir la estructura (prácticas y creencias) general de la Iglesia. Otra institución de beneficencia social ligada a la ética de La Luz del Mundo, es la Organización Elisa de asistencia y caridad, que organiza eventos y asiste a las viudas y huérfanos en general, y, en especial, de la colonia (Elisa es el nombre de la esposa de Samuel Joaquín, líder moral de la Iglesia).

Cada año, en el mes de agosto, se realiza la principal ceremonia de La Luz del Mundo: la Santa Convocatoria o Santa Cena. La colonia es receptora de un contingente grueso de visitas que vienen desde distintos lugares de México y del extranjero para asistir al evento religioso. Esta festividad exclusivamente religiosa también deja ingresos importantes para la población de la colonia, pues aunado a la celebración se instalan durante más de diez días, a lo largo de dos cuadras, puestos que venden principalmente comida pero también diversos productos. En la celebración de la Santa Convocatoria de agosto del 2004, entre los mismos asistentes se decía que tan sólo en El Bethel se habían recibido y albergado más de 20 mil visitantes. En este sentido, el espacio urbano no sólo debe ser entendido a partir de elementos exclusivamente religiosos y políticos, sino también de lógica de mercado.

4. SANTA CECILIA⁴

La colonia, como El Bethel, se ubica hacia el noreste de la ciudad, en los límites del municipio de Guadalajara. Hacia el oriente de la colonia, atravesando el Periférico Norte, limita con el municipio de Tonalá (donde se sitúa la barranca de Oblatos); hacia el poniente la avenida Artesanos y hacia el sur, la calzada Juan Pablo II marcan los límites de Santa Cecilia.⁵ Es posible

⁴ Aquí, igual que en El Bethel, el trabajo de campo tuvo algunos obstáculos. El trabajo etnográfico se realizó en pleno conflicto entre los padres de familia del ex Colegio y las autoridades eclesiales locales. De tal manera que había fuertes reservas en relatar los acontecimientos. Fue hasta que se solucionó el conflicto que mis informantes me compartieron de manera amplia su participación y desarrollo en el mismo.

⁵ Poco antes del fallecimiento del papa Juan Pablo II, autoridades gubernamentales, aunadas a las eclesiales, decidieron que la calzada del Obrero (calzada de carga histórica y semántica para gran parte de la población que habita la zona norte y oriente de la

hablar de una colonia bien delimitada y con una dinámica interna específica. Sin embargo, los límites de ningún modo son fronteras impermeables, éstas permiten el acceso hacia el interior (y viceversa) de flujos de personas, y con ellas, flujos de contenidos económicos y socioculturales. Al igual que El Bethel, Santa Cecilia es una de las colonias de la zona metropolitana de Guadalajara con menor desarrollo urbano en comparación con otras colonias o sectores.

Su dimensión territorial es extensa, por lo cual, la administración municipal la ha dividido en tres secciones. Cada sección lleva el nombre de Primera, Segunda y Tercera Sección de Santa Cecilia. Esta disección territorial de la colonia no es tan clara ni operante para los habitantes que simplemente se reconocen como residentes de Santa Cecilia. Sólo para aquellos, poquísimos, que se involucran en los comités de vecinos de la colonia (dependientes del municipio), las delimitaciones administrativas internas son conocidas.

Santa Cecilia no es una colonia fácil de caracterizar a partir de destacar sus rasgos generales: la división de secciones y sus respectivos comités vecinales; los esfuerzos que hacen las autoridades parroquiales para que existan barrios con sus respectivos santos (proceso que al parecer está dando resultados); las diferencias geográficas muy visibles, “allá arriba” o “allá abajo”, términos que usan los habitantes para indicar calles, lugares en la colonia; la concentración del comercio y de servicios bancarios y gubernamentales en dos o tres puntos al interior de la colonia; las diferencias entre las edificaciones de las casas, las menos con fachadas y acabados que implican mayores gastos, y las más con fachadas y acabados sencillos; la identificación de calles y “esquinas” inseguras porque son donde se reúnen jóvenes a emborracharse y a drogarse, y la división territorial creada por los mismos jóvenes hablan de diferenciación. Sin embargo, como veremos, su historia religiosa católica local teje una urdimbre que configuró y configura la identidad barrial de los habitantes. La colonia está atravesada por la avenida Joaquín Amaro, vía principal debido a que a lo largo de ella se han instalado los comercios locales, la parroquia y una de las escuelas públicas. Por ella transitan, durante todo el día, numerosos transeúntes, habitantes de la colonia que hacen compras, y la mayoría de las rutas de camiones de

ciudad) cambiara su nombre al de calzada Juan Pablo II. Asimismo, en el año 2006 se instaló una estatua de Juan Pablo II en la glorieta del Obrero, precisamente en donde convergía la avenida Artesanos con la calzada del Obrero y que marca los límites de Santa Cecilia. Cabe recordar que en la primera visita de este Papa a México, en 1979, ofició una misa multitudinaria en lo que en aquel entonces era un llano baldío y en el que ahora se asienta la colonia Guadalajara Oriente, vecina de Santa Cecilia.

transporte público y privado. Esta avenida divide la colonia en dos partes: la parte “de abajo” hacia el periférico y la parte “de arriba” hacia la avenida Artesanos. Hacia el periférico, las calles tienen pendientes pronunciadas y, a decir de los habitantes “de arriba”, donde el relieve es plano, se encuentran las calles donde se reúnen las “bandas” y se distribuye droga. “Arriba” y “abajo” son formas en que los habitantes clasifican el espacio de la colonia: “Es que allá abajo está lo peor, hay más bandas, ahí, donde se pone al tianguis hay una tienda donde están los muchachos tomando y drogándose”, este es uno de los testimonios (una mujer, casada, de 23 años, que fue integrante del comité de padres de familia del ex colegio), entre otros, que era común escuchar en los habitantes de Santa Cecilia, incluidos quienes vivían en la parte de “abajo”.

Según la Secretaría de Obras Públicas del municipio de Guadalajara, la fundación de Santa Cecilia data de 1966. Casi seis mil predios pequeños (de seis metros por diez de profundidad) se fraccionaron. En los setenta, la colonia se pobló rápidamente, no obstante que carecía de los servicios urbanos mínimos debido a que el vendedor del fraccionamiento no los suministró tal y como se planteaba en el momento de la venta. Los pobladores pertenecían a los estratos pobres y, en su mayoría, provenían de áreas rurales.

A principios de los setenta, diferentes instituciones religiosas católicas de inspiración liberadora seleccionaron el medio social de Santa Cecilia para instrumentar no sólo programas asistenciales, sino para realizar cambios en la manera de concebir y experimentar la religión católica. Enmarcadas en la óptica de la teología de la liberación y bajo el formato territorial de comunidades eclesiales de base (CEB, en adelante), sacerdotes jesuitas, religiosas de la congregación del Sagrado Corazón de Jesús y autoridades parroquiales, además de instituciones conformadas por laicos católicos progresistas, convergentes con el trabajo social de los religiosos y religiosas, como el Instituto Mexicano de Desarrollo Comunitario (IMDEC, en adelante), emprendieron acciones que marcaron y construyeron, junto con los habitantes, la identidad de la colonia de Santa Cecilia. La intervención de dichas organizaciones fue bien recibida por los habitantes, quienes se interesaron, participaron y se apropiaron de las diversas actividades. En una población ya de por sí católica, incrustada en un medio precario, el mensaje y actividades de las religiosas encontraron una efectiva correspondencia.

La estructura de las CEB, en general, se constituía básicamente por el agente pastoral, el grueso de los integrantes que acudían a las reuniones semanales y de un laico que organizaba o coordinaba la reunión introduciendo los “temas generadores” de discusión y reflexión. Este laico era ase-

sorado por los agentes de pastoral, quienes generalmente eran las religiosas o religiosos. Se reunían una vez por semana y su ámbito territorial era la cuadra o la manzana. Las comunidades eran parte de la parroquia, pues estaban articuladas y supeditadas a ella. Desde los orígenes de la colonia se celebra, generalmente del 14 al 22 de noviembre, la fiesta religiosa en honor a Santa Cecilia, patrona de la colonia y de los músicos, cuya concurrencia es masiva.

La teología implicaba una manera nueva de reproducir la fe católica centrada en incorporar la religiosidad popular, aunada a una pedagogía que implicaba una dialéctica entre la reflexión y la acción (ver-juzgar-actuar). La estructura parroquial fue replanteada mediante las CEB; no era la parroquia el único centro de la experiencia y fe religiosa, sino las comunidades, las pequeñas comunidades que aglutinaban a vecinos y parientes, y donde la calle, los lotes baldíos, los hogares, fueron los “lugares” a partir de los cuales se reprodujo la fe. Los objetivos de las religiosas y jesuitas tenían como fin transformar la percepción religiosa de la población desde la óptica de la teología de la liberación. Desde esta perspectiva, la creencia religiosa se vincula más a una praxis que a una mera contemplación abstracta. A partir de esto, al iniciar la década de 1980, las religiosas pensaron que las CEBs fueron el medio para la “conformación de una organización independiente orgánica e ideológicamente, encuadrada en el movimiento de liberación de las clases populares y encaminadas a la construcción del Reino de Dios” [Aranguren, 1983:7]. La forma en que se articuló lo religioso con el territorio fue a través de la organización vecinal, que logró desplegar una capacidad de gestión frente a las autoridades gubernamentales. El equipamiento urbano instalado por el gobierno (luz, teléfono público, rutas de transporte) se logró por las peticiones de los habitantes de la colonia, hecho que modificó la estructura espacial de Santa Cecilia.

En Santa Cecilia, las CEB surgieron en la década de los setenta, cobraron relevancia durante esta década, y al final de los ochenta, al parecer, desaparecieron de la colonia. Las CEBs mantuvieron un vínculo con las autoridades parroquiales, con lo cual se legitimaban religiosamente sus actividades. Sólo cuando se entró en contradicción con los párrocos, las acciones de las CEBs quedaron al margen de la parroquia. Esta relación se agudizaría al finalizar la década de los ochenta, cuando se vio claramente que había una estrategia por parte de la diócesis dirigida a dismantelar las CEB y deslegitimarlas religiosamente por su tendencia politizada, a través de instrumentar un trabajo pastoral exclusivamente de catequesis con una óptica distinta con la que habían trabajado. Sin embargo, también fueron procesos internos los que generaron su dismantelamiento. Los reportes de evalua-

ción de las mismas organizaciones señalan conflictos entre ellas, al grado que llegaron a fracturar el trabajo conjunto y, en este sentido, lamentan no haber logrado su objetivo que al final era exclusivamente político: concientización de la población, concretada en una organización política autónoma con base territorial que abarcara la totalidad de la colonia y se vinculara con el movimiento de lucha popular más amplio [CEB de la Colonia Santa Cecilia, 1985; Aranguren, 1983; Bustillo y Núñez, 1980].

No obstante la autocrítica de las religiosas, la dinámica interna y estructura de las CEB permitieron que éstas se vincularan antes que nada con la experiencia cotidiana, es decir, con la construcción de un territorio barrial. En la dinámica interna de las CEB, en Santa Cecilia prevaleció el método de “ver-juzgar-actuar”, que parte de integrar dialécticamente la experiencia cotidiana a la fe. En los grupos se exponían los problemas sociales inmediatos relacionados con necesidades básicas y que a todos aquejaban (ver); se analizaban y se discutían, esto precedía a elaborar un juicio a la luz del evangelio y que se consideraba injusto (juzgar); después se planeaban acciones que, encuadradas y legitimadas por el evangelio, se dirigían hacia lograrlas mediante la praxis (actuar).⁶ Los “grupos de reflexión”, como los llaman personas de Santa Cecilia que participaron en ellos, eran un espacio donde se escuchaban las voces de los colonos, conversaban sobre sus vidas cotidianas, de sus problemas más apremiantes y significativos. Conversaban sobre lo ocurrido en su entorno, y no sólo conversaban, sino que actuaban en él. En la actualidad, muchos padres y madres de estudiantes del ex Colegio, protagonistas de los sucesos que más adelante se describen, habían pasado por la experiencia de las comunidades de Base o de cursar los estudios de primaria en el propio ex Colegio Santa Cecilia.

Otra institución, laica, pero con coincidencias teológicas y políticas con las CEB, fue el Instituto Mexicano de Desarrollo Comunitario, A. C. (Imdec),

⁶ Fray Betto escribe que “Las CEB son pequeños grupos integrados por laicos cristianos, organizados en torno a una parroquia (urbana) a una capilla (rural); por iniciativa, en general, de los mismos sacerdotes y obispos católicos. Son grupos de naturaleza religiosa y de carácter personal. Son comunidades porque se reúnen personas que tienen la misma fe, pertenecen a la misma Iglesia y viven en una misma zona, lo que permite que se conozcan por su nombre. Son de base porque están integradas por personas que trabajan con las propias manos (clases populares); amas de casa, obreros, subempleados, desempleados, jubilados, jóvenes empleados en sectores de servicio...” [Fray Betto, 1985:103]. Por otro lado, “Las comunidades de base eclesiales pueden definirse como pequeñas comunidades conducidas por un laico, motivadas por la fe cristiana, que se consideran a sí mismas como parte de la Iglesia y que están comprometidas en trabajar juntas para mejorar sus comunidades y para establecer una sociedad más justa” [Berriman, 1987:61].

El Imdec formuló el Proyecto Global de Desarrollo de Santa Cecilia que involucró las actividades de las diversas organizaciones que ya estaban realizando actividades proselitistas, especialmente las instrumentadas por las religiosas y los religiosos. Cabe mencionar que el Imdec fue fundado en 1963 en la ciudad de Guadalajara como una asociación civil, y su objetivo fue trabajar con sectores populares suburbanos, diseñando proyectos sociales y ofreciendo asesoría a grupos de base. En el caso de Santa Cecilia, puso en marcha un proyecto de promoción popular que contempló la formación de cooperativas de construcción de vivienda, así como cajas de ahorro; de organización y movilización para demandar servicios públicos; y de promocionar la educación popular (aspecto en el que las religiosas incursionaron a través del Colegio Santa Cecilia). Un objetivo fundamental del proyecto era crear primero una “organización territorial comunitaria” aunada a una conciencia política. El Imdec se dio a la tarea de “responder con una praxis tendiente a la concientización, politización y organización de los sectores aludidos, en relación con el contexto político nacional” [Bustillo y Núñez, 1980:14].

A los nuevos grupos conformados por el Imdec se sumaron los ya constituidos, especialmente las CEB, y quedaron coordinados por el proyecto global que el instituto proponía.⁷ Sin embargo, no se logró configurar una estructura cohesionada general que integrara a los diferentes grupos asesorados, de la misma manera que ocurrió en el caso de las Religiosas del Sagrado Corazón de Jesús (RSCJ, en adelante). Hubo una organización por zonas o áreas, pero éstas no estuvieron integradas para formar un frente político común.

Todo parece indicar que diferentes grupos, ya fueran los conformados mediante las CEB o por la promoción del Imdec, se mantenían independientes unos de otros, así como las religiosas del Imdec aunque constituyeran y compartieran objetivos comunes. Las inclinaciones políticas y los medios para lograr constituir un frente común y continuar ampliando el frente, a manera de organización política, divergieron y llegó un momento en que entraron en conflicto. Esto repercutió en la organización política y territorial que buscaban configurar.

Las divergencias en los grupos afectaron severamente la presencia e influencia de los asesores del Imdec. Para finales de la década de los ochenta su presencia disminuye y en la actualidad prácticamente es inexistente. Sin embargo, las actividades del Imdec en Santa Cecilia, en particular, las

⁷ El Imdec indica la “existencia de grupos diversos: cooperativas, de mujeres en el área de salud, de educación, de teatro, de vivienda y, sobre todo, de evangelización. Estos últimos atendidos por las religiosas y sacerdotes” [Bustillo y Núñez, 1980:20].

relacionadas con la promoción de la educación popular fueron de carácter masivo. Por ejemplo, las obras de teatro que desarrollaban temas religiosos y donde el montaje y la actuación estaban bajo la dirección de habitantes de la colonia se representaban al aire libre frente a un auditorio de tres mil espectadores. Estos acontecimientos, realizados durante más de 15 años, hilvanaron la historia barrial particular de Santa Cecilia, que permanece en la memoria de sus moradores.

Tanto las actividades del Imdec como las de los religiosos y religiosas a través de las CEB repercutieron en la conformación de una identidad barrial, estrechamente enlazada al territorio. Además, construyeron formas de organización y lucha social que comenzaron en las décadas de los setenta y ochenta con demandas de servicios públicos y apoyo a movimientos sociales (como el sandinista de Nicaragua), y cuyo hilo se conecta, en 2004, con el conflicto entre las autoridades parroquiales y la Asociación de Padres de Familia del ex Colegio Santa Cecilia y termina en 2005 con la creación de una nueva escuela primaria. A continuación se describirá brevemente dicho conflicto.

Con recursos económicos de empresarios prominentes allegados a las religiosas (dos religiosas eran hermanas de estos empresarios), se construyó en 1970 el Colegio Santa Cecilia (sobre un terreno posterior a la parroquia), donde empezaron a acudir los niños de las familias de Santa Cecilia. Las cuotas por colegiaturas eran accesibles y sólo se cobraba para sostener la escuela. Simultáneamente, por el mismo año, la construcción de la parroquia, que cuenta con un atrio de grandes dimensiones, a manera de explanada, casi concluía. La contigüidad de las construcciones y la atención de religiosas en el colegio hicieron que se le identificara como parte de la parroquia. Durante más de 25 años, la relación entre autoridades parroquiales y autoridades escolares estaría marcada por la cooperación. Estas relaciones solidarias se debían en parte a que tanto las religiosas como las autoridades de la parroquia desempeñaban sus actividades con relativa independencia. Paradójicamente, dicha independencia sería la que traería tensiones entre el ex colegio y la parroquia.

Al transcurrir el tiempo, la relación cambió. Hacia 1995, las religiosas decidieron que la administración financiera y gestión escolar del colegio quedara en manos de la Comunidad Educativa, organismo máximo de toma de decisiones respecto al colegio (diseñado precisamente por las religiosas), en el cual ellas tenían la facultad de decidir. Sin embargo, también la Comunidad Educativa estaba integrada por padres y madres de familia que, según testimonios (que lamentablemente, por falta de espacio, no se incluyen aquí), involucraban, además de sus familias, a sus vecinos en "los

grupos de reflexión” que se realizaban en las instalaciones del colegio o en hogares. Estos grupos no eran sino la forma en que se gestaban las CEB en la colonia. Las religiosas dejaron el colegio; no obstante, la Comunidad Educativa continuó funcionando pero ya sin la intervención directa de ellas; sólo ofrecieron asesoría en situaciones relevantes o críticas. Paralelo a esto, las condiciones de sostenimiento financiero (sueldos de docentes, intendencia y mantenimiento) se tornaron difíciles. La salida a la crisis financiera fue convertir el colegio en escuela primaria pública. En 1997, el colegio dejó de funcionar como tal. La administración escolar pública desarticuló la organización del colegio y casi automáticamente se impuso una nueva manera de funcionamiento escolar en todos los aspectos. Habría que decir también que para ese año, 1997, la Comunidad Educativa ya se había debilitado, reflejándose dicho debilitamiento en el abandono de las actividades con las CEB. Además, por otro lado, las autoridades de la parroquia (que para entonces habían cambiado) instrumentaron y orientaron la pastoral hacia otros fines, alejados de los principios de la teología de la liberación.

La decisión de convertir el colegio en escuela pública para solucionar la crisis financiera originó un conflicto entre las autoridades de la parroquia y lo que quedaba de la Comunidad Educativa; es decir, las madres y padres de familia y el personal docente. En el conflicto se disputaban la edificación del colegio, así como el terreno. El conflicto tuvo situaciones de tensión entre los diferentes agentes involucrados. Por ejemplo, los padres tomaron acciones radicales como el de manifestarse con pancartas y pintas en las paredes (la fachada de la escuela, es decir, a un lado de la parroquia) donde se acusaba a las autoridades de la parroquia de estar “robando” la educación de los niños al intentar adjudicarse el edificio escolar. Frente a esto, las autoridades escolares estatales “negociaron”, sin tomar en cuenta a los padres de familia ni a las docentes, dejar el edificio y terreno a la parroquia en el mes de enero del 2004. Sin embargo, la presión de las mamás influyó para que determinaran que el cambio no se haría hasta el siguiente año escolar, es decir, en septiembre del 2004. La confrontación se expresaba visualmente en el interior del plantel, por ejemplo, el ex colegio, ya como escuela pública y laica, mostraba ambigüedad: en su interior permanecían, a veces junto a próceres de la patria (Hidalgo, Zapata, incluso Benito Juárez), imágenes o cuadros de santos colocados de manera sistemática en las paredes de los corredores y en las entradas de los salones. Las imágenes religiosas, quitadas por las mamás y maestras, y vueltas a colocar por personal de la parroquia, variaron en mis visitas a la escuela desde el mes de abril de 2003 hasta julio de 2004. El desenlace del conflicto se vio a favor en realidad de ambas partes. Por un lado, las autoridades educativas estatales

decidieron construir una escuela para satisfacer la demanda de los padres de familia que se habían organizado para recuperar el predio y los edificios del ex colegio. Por otra parte, la parroquia no se vio afectada, pues continuó en posesión del predio y construcción escolar para fines exclusivamente doctrinales.

5. A MANERA DE ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN: LAS COLONIAS SANTA CECILIA Y EL BETHEL COMO CONSTRUCCIONES SIMBÓLICAS DE COMUNIDAD

De las características descritas de cada colonia se infieren dos aspectos:

- 1) Se debe considerar cada colonia como un microcosmos sociocultural (como construcción simbólica de comunidad) diferenciado del resto de la ciudad de Guadalajara, no obstante que también están articuladas a la lógica sociocultural amplia del propio espacio urbano. Esto significa que simultáneamente se diferencian una de otra y se asemejan entre sí.
- 2) La diferenciación (y también la semejanza) se construye permanentemente por los habitantes de cada colonia. Esta diferenciación se construye principalmente y de manera particular en la práctica cotidiana, cuando los habitantes intervienen en los diferentes eventos acontecidos en la colonia. Sin embargo, debe enfatizarse que la práctica es un proceso de interacción que requiere interpretarse. Dicha interpretación se hace con arreglo a marcos de significados utilizados por los habitantes, así la diferenciación se configura por procesos simbólicos [Barth, 1999; Cohen, 1995] que delimitan, que distinguen.

Del primer aspecto, es decir, la diferenciación y similitud entre El Bethel y Santa Cecilia, puede decirse lo siguiente: Santa Cecilia se caracteriza por ser una de las colonias de mayor extensión y de mayor densidad de población en la zona metropolitana de Guadalajara, mientras que El Bethel es una colonia de extensión reducida y, por lo mismo, la población es mucho menor. Sin embargo, en esta zona de la ciudad, hacia el noreste, hay pequeñas áreas donde la población de La Luz del Mundo es mayoritaria; de esta forma, la presencia del catolicismo es relativa y, en el caso específico de la colonia El Bethel, se difumina hasta casi desaparecer para ser sustituida por las formas religiosas de La Luz del Mundo.

Históricamente, Santa Cecilia ha estado condicionada por acontecimientos en que agentes allegados a la Iglesia católica (ya fueran éstas de fundamento liberador o conservador como las actuales) han sido determinantes. Sin embargo, dicha determinación no significa que los agentes individuales no hayan condicionado o condicionen la intervención de las instituciones;

al contrario, la participación de las madres y padres de familia y de otros sectores de la población en el conflicto contra las autoridades parroquiales demuestran la capacidad de los individuos de enfrentar estructuras poderosas como las de la Iglesia católica, no obstante que las madres y los padres también se declaren católicos, incluso algunos son practicantes regulares en las misas de la parroquia. Esto permite considerar que compartir símbolos religiosos no significa instrumentar prácticas homogéneas o iguales entre los sujetos. De esta suerte, lo religioso, y su vínculo con la cultura y la construcción de comunidad, no es un proceso lineal ni homogéneo. Por el contrario es complejo y permite agregar la diversidad. Así, lo religioso por sí mismo no construye identidad barrial, sino que involucra dimensiones sociales diversas: la política y la económica.

En cuanto a las semejanzas, pueden anotarse al menos tres: 1) por su ubicación en la ciudad ambas colonias comparten rasgos de equipamiento urbano; 2) históricamente son colonias habitadas por migrantes del campo a la ciudad que desde su fundación pertenecen a las capas de la población menos favorecidas económicamente. En este sentido, el proceso urbano impulsado por las políticas públicas locales en la ciudad tiende a segregar y a diferenciar a toda esta zona (el noreste de la ciudad) de otras zonas de la urbe, y 3) en ambas colonias el peso de lo religioso es relevante en la configuración de relaciones barriales solidarias, de conflicto y en su solución.

Guadalajara, calificada como coto de poder religioso católico, es una ciudad donde la religiosidad, si bien se manifiesta de manera contundente en ciertas esferas de la vida social, lo hace de manera diversa. Al mismo tiempo, en espacios reducidos, como los territorios de La Luz del Mundo, la hegemonía católica es relativa, incluso numéricamente se vuelve minoría. En resumen, se tienen dos colonias que por los rasgos anotados se pueden calificar como diferentes desde el punto de vista religioso. La diferenciación, principalmente en el caso de El Bethel, se construye por la pertenencia de los habitantes a La Luz del Mundo; mientras en Santa Cecilia se construye igualmente por la adhesión de sus habitantes al catolicismo. No obstante, es la relación que guarda la dimensión religiosa con otros aspectos sociales (la organización vecinal, los aspectos económicos y los vínculos con lo político) lo que define las diferencias. Por otra parte, en comparación con el resto de la ciudad, Santa Cecilia fue una de las pocas colonias donde el clero progresista encontró un espacio alternativo al predominio de una Iglesia católica conservadora que se erige como dominante. Este hecho marcó la memoria de los residentes de la colonia, y la detonación del conflicto mencionado es una clara consecuencia de las acciones de sectores católicos progresistas de Guadalajara que ahora chocan con la pastoral del clero local.

En relación con el segundo aspecto, esto es, la construcción simbólica de la diferencia en El Bethel y Santa Cecilia, puede anotarse lo siguiente: para indicar la forma en que se construye la diferencia se apela al concepto de comunidad. De acuerdo con Cohen [1995], el término comunidad, tal y como se usa en el lenguaje común de quienes lo utilizan (y en Santa Cecilia y El Bethel era común que habitantes, el sacerdote o el pastor utilizaran la palabra “comunidad”), remite a dos aspectos relacionados: a incluir a individuos en un grupo y a excluir a otros en otros grupos imaginados o concretos. Relación que necesariamente está mediada por la construcción de fronteras.

Las fronteras distinguen elementos, procesos, objetos, personas; es decir, operan como una categoría de conocimiento y, como tal, también funcionan como símbolo o, mejor dicho, como sistema de símbolos; así, denotan y explican procesos de discriminación e identificación. La construcción de comunidad requiere compartir una historia, creencias, valores, prácticas, en fin, un conjunto de preceptos éticos bajo la forma de normas, de tal manera que se participe en la misma conducta simbólica y no en otra. Participación mediada por la experiencia particular de cada individuo, por lo cual el sistema de símbolos no está presentado, expresado ni interpretado siempre de la misma manera. La comunidad es en este sentido un símbolo de frontera-expresiva, tal y como se ve en las colonias El Bethel y Santa Cecilia. Cabe decir que, como sistema de símbolos compartido, permite significados variantes según las orientaciones de sus miembros. En otras palabras, la interpretación simbólica no es intrínseca al símbolo, sino a las personas que lo interpretan. El caso de Santa Cecilia explica este criterio, pues aunque se definían como católicas, las mamás de los estudiantes del ex colegio entraron en conflicto con la parroquia. El símbolo de comunidad (como la cultura) es un dispositivo agregador más que integrador y homogeneizador. La realidad y eficiencia de las fronteras de comunidad dependen de su construcción simbólica [Cohen, 1996], esto es, de su contexto histórico específico (de ahí que comunidad no postule o suponga homogeneidad, sino simplemente agregación heterogénea de personas). Las críticas y las acciones contra las autoridades de la parroquia de Santa Cecilia expresan formas diversas de ser católico, así, la iglesia católica no es una estructura monolítica homogénea.

Lo anterior constata que los límites de cada colonia, si bien pueden ser físicos para el observador y para el residente (por señalamientos en la traza urbana mediante el nombre de calles, por contraste con otras colonias ya de católicos o de miembros de La Luz del Mundo), no coinciden con los límites simbólicos. Éstos están estrechamente entrelazados con la práctica religiosa en relación con condicionamientos contextuales y el significado que cada persona le otorga al *ethos* religioso y que los habitantes de El Bethel y Santa

Cecilia utilizan para orientar sus desplazamientos diarios no sólo en las intermediaciones de las respectivas colonias, sino en general en la ciudad, y así producir permanentemente elementos simbólicos para diferenciarse.

Respecto de El Bethel, uno estaría tentado a decir que en realidad los habitantes de la colonia, por el conocimiento de las otras colonias de la Luz del Mundo no sólo en Guadalajara sino en el país y en el extranjero, pertenecen a una comunidad imaginada articulada por el simbolismo religioso y no referenciada a la colonia física. Esto puede ser verdad en parte, sin embargo, el anclaje al territorio local indica que es más relevante la comunidad inmediata para los habitantes que la comunidad imaginada (mucho más abstracta). El simbolismo religioso pasa por los condicionamientos concretos de la colonia. El sentido de comunidad en El Bethel se constituye en torno a la misma idea de comunidad que expresan los habitantes. Esta noción en la práctica se expresa por el fuerte sentido territorial aunado a un marco de significados configurado por la práctica religiosa.

Por último, cabe destacar que en ambas colonias también habitan miembros de otros grupos religiosos, como los Testigos de Jehová y evangélicos, pero los de mayor proporción son los católicos (en Santa Cecilia) y los de La Luz del Mundo (en El Bethel). Esta configuración de sub-campos religiosos expresa lo que ocurre en el campo religioso de Guadalajara, es decir, la transformación de su estructura en donde priman los movimientos, desplazamientos, mutaciones de las posiciones de las diferentes iglesias. Así, la reconfiguración del campo religioso se caracteriza por las re-posiciones estructurales de los poderes simbólicos que representan los agentes religiosos. Los casos de El Bethel y Santa Cecilia serían ejemplos de tales desplazamientos y reconfiguraciones del campo religioso. Por lo anterior, en Santa Cecilia, igual que en El Bethel, coexisten diferentes sentidos de comunidad. Es decir, existen delimitaciones o segmentos identificados con el territorio (un sentido barrial) pero diferenciados. En Santa Cecilia y El Bethel se gestan procesos de construcción de comunidad, que en el extenso mapa urbano son referentes de comunidad para quienes habitan y no habitan ahí; asimismo, el sentido de comunidades sirve para ubicarse, orientarse y paradójicamente comunicarse en la ciudad, moverse sobre ella y para conocerla e interpretarla, pero fundamentalmente para posicionarse territorialmente en las relaciones identitarias de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

Aranguren, Isabel

1983 *Experiencias educativas populares*, mecanografiado, Guadalajara. Jalisco.

Barth, F.

1999 *Los grupos étnicos y sus fronteras*, México, FCE.

Berriman, Phillip

1987 *Teología de la liberación*, México, Siglo XXI.

Bustillo de Núñez, Graciela y Carlos Núñez Hurtado

1980 *Documento Imdec, A. C.*, Imdec, Guadalajara, Jalisco

CEB de la Colonia Sta. Cecilia

1985 *La historia de nuestra comunidad. 1970-1985*, mecanografiado, Guadalajara, Jalisco.

Cohen, A.P.

1995 *The Symbolic Construction Of Community*, Londres y Nueva York, Routledge.

De la Torre Castellanos, René

1995 *Los hijos de la Luz. Discurso, identidad y poder en la Luz del Mundo*, México, ITESO, Universidad de Guadalajara/CIESAS.

1998 "Una iglesia mexicana con proyección internacional: La Luz del Mundo", en Elio Masferrer Kan [Comp.], *Sectas o iglesias. Viejos o nuevos movimientos religiosos*, México, ALER, Plaza y Valdés, pp. 261-279.

Fortuny Loret de Mola, Patricia

1999 *Creyentes y creencias en Guadalajara*, México, CIESAS/CNCA/INAH.

Fray Betto

1985 "Comunicación popular e iglesia", en Regina Festa y otros, *Comunicación popular y alternativa*, Buenos Aires, Ediciones Paulinas/OCIC/AL/UNDA/UCLA, pp. 76-88.

Geertz, Clifford

1989 *La interpretación de las culturas*, España, Gedisa.

Giménez, Gilberto

1994 "La teoría y el análisis de la cultura. Problemas teóricos y metodológicos" en Jorge A. González y Jesús Galindo Cáceres (Coordinadores) *Metodología y cultura*, México, CNCA, pp. 33-65.

2001 "Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas", en *Alteridades*, México, año 11, núm. 22, UAM-I, pp. 5-15.

Reguillo, Rosana

2005 *La construcción simbólica de la ciudad. Sociedad, desastre y comunicación*, México, ITESO, Universidad Iberoamericana.

Solís Domínguez, Daniel

2009 *La escuela pública frente a las Iglesias. Relaciones entre práctica escolar y práctica religiosa: identidad, normas y valores en dos colonias populares de Guadalajara*, tesis de doctorado, Guadalajara, CIESAS Occidente (publicación en formato digital).

Thompson B., John

2002 *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica en la era de comunicación de masas*, México, UAM, Unidad Xochimilco.

Varela, Roberto

2005 *Cultura y poder. Una visión antropológica para el análisis de la cultura política*, Madrid, Anthropos, UAM-I.

RESEÑA

Alfonso Fabila: el apóstol indigenista, redivivo

Hilario Topete Lara

Escuela Nacional de Antropología e Historia

A mediados del siglo xx, luego del marasmo ocasionado por la Segunda Guerra Mundial, México, como muchos otros Estados americanos, abrió los ojos ante una de las realidades más lacerantes: se asomaba hacia sus entrañas para descubrirse, entre otras formas de descubrirse, como abastecedor de materias primas, carente de metalmecánica, con una burguesía débil, con un capitalismo atrasado y, para el caso que nos ocupa, como país analfabeta y sin una política educativa orgánica con la cual sacudirse el estigma. El panorama era más desilusionador cuando se revisaban las cifras de deserción, ocasionadas en parte por una política económica de fuerte exigencia de insumos alimentarios y materias primas para la expansión urbana y para el crecimiento del sector industrial, respectivamente; esta exigencia en cierta forma era una estrategia del hoy llamado periodo del Milagro Verde Mexicano que había apostado ingenuamente a hacer de México un productor de materias primas para exportación hacia los centros industriales sin casi agregar a los productos valor alguno. El des-concierto de las naciones y el orden emergente de la economía de la posguerra coadyuvaba a ello de buena forma y México, comprometido con su “aliado” del norte se había propuesto abrir nuevos terrenos al cultivo, a la ganadería, a la infraestructura, a la capacitación de la fuerza de trabajo, a la modernización. Las zonas cuasi vírgenes de Chiapas, Tabasco, Oaxaca y Guerrero, entre otras, eran filones de promesas cuyo potencial de aprovechamiento era irresistible, pero, a la vez, eran también entidades con serios problemas sanitarios y de salud, con cacicazgos pervivientes, con comunicaciones y transportes deficientes, con enorme rezago educativo y escasa población.

Posibilitados, estimulados y atraídos por el Programa Bracero que había desplazado decenas de miles de trabajadores a los campos agrícolas estadounidenses, los campesinos —indígenas entre ellos, como ocurrió con los purépechas afectados con la erupción del Parícutín que tuvieron prioridad para la contratación— “enganchados” y “con fortuna”, también se convirtieron en un elemento estimulante para la migración y el cambio. Era aún el tiempo cuando gran parte del sector rural prefería obtener ingresos a costa del retiro de los hijos de las aulas que proporcionar nivel académico a éstos, toda vez que las perspectivas de desarrollo para los proletarios agrícolas no estaban en las profesiones ni en la profesionalización técnica, sino en la inmediatez de los ingresos para subsistir. Las propias ideas de desarrollo, de progreso y de modernidad no habían enraizado en el pensamiento del sector rural y menos aún entre los indígenas... al menos, no habían enraizado en la forma en que la clase política y la burguesía lo deseaban.

Dentro de este —apretadamente descrito— panorama ocurrió el ascenso de Adolfo López Mateos al Poder Ejecutivo. Éste había heredado ya el viejo proyecto de hacer productivo al campo, abrir nuevos terrenos a la agricultura, colonizar parajes promisorios y proveerles de servicios mínimos. Durante su gestión se implementó el primer programa educativo en los Estados Unidos Mexicanos con la finalidad de resolver un problema ingente: conformar una plataforma educativa homogénea sobre la cual generar los nuevos cuadros de competencia que la burguesía nacional e internacional exigían para los nuevos tiempos técnicos, tecnológicos, científicos y de servicios. El instrumento recibió el nombre de Plan para el Mejoramiento y la Expansión de la Educación Primaria, más conocido coloquialmente como Plan de Once Años. El apuntalamiento tenía básicamente dos soportes correspondientes a sendas Instituciones: los centros normales regionales (CNR) de Ciudad Guzmán, Jalisco, y Arcelia, Guerrero. Luego serían incorporadas las normales rurales y, aunque con mucha distancia, la Escuela Nacional de Maestros. Al final se integraron algunas normales particulares, aunque en número muy reducido. De todas ellas deseo destacar a las normales públicas.

En el plan de estudios de los CNR se había incorporado una materia extraña pero con sentido. Extraña, porque se trataba fundamentalmente de mostrar al futuro docente el camino de la gestión; y con sentido, porque de lo que en ella se aprendiese y se emprendiese dependía en buena forma el título de profesor de primaria. El nombre de la materia: Desarrollo de la Comunidad. La finalidad, capacitar a los normalistas en materia de promoción —para la localidad donde se hiciese, idealmente, la primera residencia, y en calidad de servicio social— de bienes y servicios que el Poder Ejecutivo,

a través de sus órganos de gobierno, podía llevar hasta los rincones más apartados del país bajo una lógica de mejoramiento integral de la localidad encarnado en el concepto “desarrollo”. El normalista sería un docente que llevaría la aritmética y la geometría, el conocimiento de la historia, del civismo, la geografía, el conocimiento y formas de aprovechamiento de los recursos naturales, las manualidades, la educación física y la lecto-escritura —con ella el forzoso monolingüismo—, en su versión de “lengua nacional”; adicionalmente, debía realizar al menos una obra de desarrollo de la comunidad: introducir la energía eléctrica, lograr la perforación de un pozo para la obtención de agua potable, tramitar el tendido de una carpeta asfáltica, organizar la construcción del centro de salud local, construir el recinto escolar, u otra similar. A cambio, reitero, debía sacrificar “atavismos” locales, dentro de ellos —si fuese el caso— su indigenidad, la condición *sine qua non* de su “atraso”. La labor de “mutilación étnica” casi siempre se iniciaba con una serie de sanciones (castigos corporales incluidos) y estigmas contra quienes usaban las lenguas originarias. Sin embargo, la labor que realizaban estos servidores de la Secretaría de Educación Pública (SEP) tenía todo el rostro de un apostolado.

Esta misión corría en sentido distinto de lo que ya hacían otros —aunque no todos, también considerables como— apóstoles laicos. Éstos, que habían nacido con la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI) el 4 de diciembre de 1948 bajo el gobierno de Miguel Alemán Valdés, fueron los indigenistas. Sus dependencias operadoras estratégicamente establecidas en núcleos indígenas fueron los centros coordinadores indigenistas (CCI). La institución, a través de sus investigadores y aparato burocrático, realizaría estudios en torno de los problemas relativos a los núcleos indígenas, a la vez que propondría, gestionaría —y coordinaría— medidas para el mejoramiento con apoyo del Poder Ejecutivo (secretarías de Estado, sobre todo), sin menoscabo de, también, divulgar sus productos de investigación y acciones indigenistas. Pero también coincidía con el proyecto de la Secretaría de Educación Pública a través de sus normales porque estaba llevando a las etnorregiones la educación bilingüe, los servicios de salubridad, la gestión de nuevas técnicas y tecnologías agrícolas y ganaderas, las formas de gobierno constitucional, la restitución y la dotación de tierras. Para lograrlo se apoyaba en médicos, abogados, sociólogos, enfermeras, ingenieros agrónomos, lingüistas, etnólogos e historiadores, muchos de ellos formados —o formándose— en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH).

Al INI ingresaron investigadores —y burócratas— de distinta laya y de las más diversas calidades humanas. Pensar lo contrario, es decir, que fueron todos engranajes de una fiel máquina reproductora de un proyec-

to político etnocida es, me parece, un juicio más político que académico o científico. Todavía más: suponer que los indigenistas pretendieron en todo tiempo, en cualquier lugar, y a cualquier precio, incorporar al indígena al desarrollo exterminando —si fuese necesario— las culturas indias es una radicalización crítica poco documentada y, por ende, insidiosa y poco objetiva. Alfonso Fabila Montes de Oca es un claro ejemplo de lo contrario, a decir de la semblanza realizada por su sobrino-nieto René Avilés Fabila.

Como producto del hallazgo de un manuscrito de Alfonso Fabila en la biblioteca Juan Rulfo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), hoy tenemos noticia de una estancia (interrumpida por motivos de salud) realizada por el amanalquense en el CCI de Jamiltepec. Gracias al esfuerzo de Xilonen Luna Ruiz, ha visto la luz *Mixtecos de la costa. Estudio etnográfico de Alfonso Fabila en Jamiltepec, Oaxaca (1956)*. Es esta la tercera aparición de una saga titulada Pioneros del Indigenismo en México, bajo el cuidado editorial y coordinación de la serie de Margarita Sosa Suárez y el patrocinio de la propia CDI. El título, un apostizo del documento original (un estudio, a decir del propio autor, que había titulado *Informe de Jamiltepec*), no le desmerece nada porque para su elaboración Fabila hubo de echar mano de fuentes primarias (observación objetiva, observación participante e incluso militante, entrevistas y documentos de archivo, entre otros) y secundarias (informes, sobre todo), además de un tratamiento propiamente etnográfico de la información sociocultural obtenida.

El omaso que nos entrega la CDI posee una semblanza confeccionada por René Avilés que lo mismo atrae documentación “objetiva” que recuerdos familiares para proporcionarnos el rostro menos académico pero más humano de Alfonso Fabila. Sigue a la semblanza un estudio introductorio realizado por José Martín González Solano, cuya lectura deviene útil —al lector no especializado— para comprender el estilo y los temas comprendidos en el *Informe...*, y cierra, luego del texto central, con un anexo cuya incorporación manifiesta el valor que para Fabila tenía el tema agrario y, dentro de él, los títulos primordiales. Y, de principio a fin, el lector encontrará remansos visuales con casi un centenar de magníficas fotografías realizadas por el propio Fabila, que acompañan a algunos dibujos y pinturas del etnógrafo en cuestión para hacer, juntamente con el texto, un todo agradable al lector.

Quizá a quien ha pasado por círculos académicos en las últimas décadas, sin un conocimiento de la antropología realizada en México y sin aproximaciones al indigenismo, parezca que este ha sido el único producto de Alfonso Fabila, lo que, además de nada cierto, es injusto porque su obra etnográfica es profusa, como lo indica la bibliohemerografía incorporada hacia el final del libro por los editores; parte de esta injusticia ha sido ge-

nerada en las aulas donde personajes como Pablo Velázquez y el propio Fabila fueron opacados por las figuras de Calixta Guiteras Holmes, Alfonso Villa Rojas, Gonzalo Aguirre Beltrán y otros que, por su trabajo político, académico y etnográfico han sido convertidos en “clásicos” del indigenismo. Quizá a Fabila se le conozca más por su producción literaria, lo que también es injusto, porque fue mucho más polifacético: etnógrafo, hombre de letras, periodista crítico, militante de izquierda, pintor, fotógrafo y humanista. Y justamente *Mixtecos de la costa...* es un material que nos permite aquilatar sus diversos rostros.

Fabila era un observador agudo y sensible. Capturaba los problemas y ubicaba fuentes y soluciones de éstos sin concesiones a las autoridades locales, ni a los operadores de programas específicos, pero en cambio sí se dolía de las desgracias ajenas. El lector de *Mixtecos de la costa...* podrá percibirlo con facilidad y quizá pueda compenetrarse de la manera de hacer etnografía a mediados del siglo xx, a la vez que podrá advertir los principales temas y problemas en los que incidía el INI en su momento. También podrá percatarse el lector que: en tanto estudio, el texto carece de pretensiones teóricas y de simpatías por corriente antropológica alguna, pero abunda en datos, sensibilidad y compromisos: en primer lugar, un compromiso —y fidelidad— con la institución para la que laboraba en ese momento (1956): el INI y, a través de él, deja traslucir un indigenismo que podríamos calificar de comprometido, de contenido social y humanista, aunque parezca redundante la expresión. En efecto, no son pocos los pasajes donde Fabila exalta la labor realizada por el INI para allegar a Jamiltepec los servicios médicos [pp. 106, 124] que los nativos usaban con poca frecuencia, toda vez que hacían uso de “la medicina tradicional casera a base de yerbitas [nótese el sarcasmo] y la que los curanderos y brujos emplean a base de manipulaciones mágicas cuyos resultados ya pueden deducirse” [p. 110]. Tampoco escasean las referencias a los beneficios que derramaba la institución al introducir semillas híbridas, frutales y hortalizas “que casi no se conocían” [p. 47], o al promover los servicios sanitarios que habían coadyuvado a erradicar el paludismo en la zona mediante programas de “dedetización” [p. 113].

Por otro lado, en el mismo tenor del elogio a la labor del INI, y a diferencia del discurso pedagógico en boga, Fabila consideraba a la educación promovida por el INI —en zonas indígenas— como una educación formal completamente diferente “de la que da el Estado en forma federalizada” [p. 201], y de calidad superior porque, al ser impartida por un promotor bilingüe “que utiliza combinadamente el mixteco y el castellano... los pequeños pueden entender con facilidad lo que se les enseña” [p. 207].

Este investigador, que lo mismo documentaba con dibujos, pinturas o fotografías (algunos usados para ilustrar el hoy libro), quizá imbuido del espíritu que había forjado en las lides anarquistas y más tarde en su militancia dentro del Partido Comunista Mexicano, hizo del estudio una forma de diagnóstico y de éste un instrumento de denuncia. Su preocupación por el excesivo consumo de alcohol entre los mixtecos del Distrito de Jamiltepec [p. 126] es paradigmática. La escasa atención de las autoridades locales por la salud es expresada sin tapujos: “¿Qué hacen las autoridades locales sobre la cuestión? Nada, absolutamente nada” [p.106]; y en materia de exclusión de los indígenas por los mestizos en los puestos y cargos agrarios, municipales, así como de la manipulación de autoridades tradicionales, Fabila tampoco guardó silencio [pp. 232-233], tanto como no lo hizo al denunciar la inhumana explotación de la fuerza de trabajo indígena con cuyos frutos se enriquecían los mestizos de la región [p. 100].

Producto de su época y su experiencia de vida, Fabila además estaba convencido de la misión del INI y de su propia manera de entender al indígena. Página tras página nos desvela, con sus fotografías, el paisaje, la cotidianidad, la presencia física del mixteco —aun en su desnudez o su semidesnudez— y de sus expresiones estéticas para acercarnos a una reflexión cuasi romántica y una mirada que nos permite a la vez ver, como Diego Rivera, la belleza del indígena que sólo puede mirarse a través de un humanista comprometido con los indígenas y marginados. Pero su admiración y compromiso, como nos cuenta René Avilés en la semblanza inicial, no se agota en el trazo, las pinceladas o la impresión en el papel fotográfico, sino en otros planos: la lengua, por ejemplo, fue también motivo de preocupación del amanalquense, de allí su enorme preocupación por la pérdida del mixteco porque creía que su desaparición pondría en riesgo su propia identidad. Y más allá: abrir las puertas de su casa a los indígenas que viajaban a la Ciudad de México para atender sus asuntos del ámbito federal habla de su calidad humana y de un cierto *ethos* de investigador comprometido no sólo con la información, el dato, el objeto de estudio, sino con algo que antecede a todo ello: esos indígenas, antes que informantes, antes que sujetos estudiables, eran seres humanos y en calidad de tales Fabila los vivió.

La aparición de *Mixtecos de la costa...* es un hito en la historia de la antropología mexicana tanto como debió serlo el estudio de su autor en su momento. Constituye una reivindicación tan tardía del autor como lo fue el otorgamiento que le hicieron de la presea Manuel Gamio al Mérito Indigenista *post mortem*. Lo es hoy porque parte de ese *ethos* debería deslizarse a las aulas donde se forman los antropólogos futuros; debería rememorarse y vivirse en los círculos de investigadores presentes. Lo es hoy porque el estudioso no

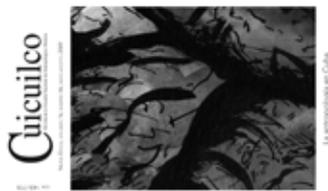
sólo encontrará en sus páginas esa forma tan personal de hacer etnografía, que parece dirigida por un guión preestablecido que lo mismo daba para registrar lo existente y dar cuenta de lo que “no hay”, como si un estudio pudiese tener potencial explicativo con las inexistencias.

Mixtecos de la costa..., además de ser un material digno de formar en la lista de los clásicos del indigenismo por su elogiada etnografía, es un documento histórico: es un testimonio de la forma de vida, de la organización social, de la cultura mixteca de mediados del siglo xx y, por ello, referente obligado, ya, para construir cualquier marco de antecedentes de todo estudio sobre la etnorregión; es un documento histórico que además nos dice de esa forma de hacer etnografía con miras a proyectos de antropología aplicada que, por cierto, no se decidían desde la etnografía misma, sino desde un programa político estatal sugerido, a su vez, por los antropólogos teóricos que, a la vez que investigaban, coordinaban el proyecto indigenista y tomaban decisiones. Por ello es una lectura obligada para los estudiosos de —e interesados en— la llamada antropología mexicana, la investigación etnográfica y las técnicas y métodos de investigación. De todos ellos habrá que esperar la respectiva indulgencia para el autor, a quien escaparon algunos yerros que con seguridad resultarán chocantes a los puristas de la ortografía. Para finalizar, y para su acceso, permítaseme proporcionar la siguiente ficha:

FABILA Montes de Oca, Alfonso. *Mixtecos de la costa. Estudio etnográfico de Alfonso Fabila en Jamiltepec, Oaxaca (1956)*, prólogo de José Martín González Solano y semblanza de René Avilés Fabila, México, CDI, 2010 (Pioneros del Indigenismo en México, núm. 3), 302 pp., ISBN 978-970-753-162-8 para la obra e ISBN 978-970-753-183-3 para la colección. Incluye: mapa en color; dibujos, pinturas y fotografías del autor; tablas estadísticas, apéndice, bibliografía del introductor y bibliohemerografía de Alfonso Fabila.

Revista Cuicuilco, núm. 49, 2010.
Editada en el Departamento de Publicaciones de la ENAH e impresa en los talleres de Comercializadora Lancaster, S.A. de C.V., Heriberto Frías núm. 1439, col. Del Valle, del. Benito Juárez, México, D.F., C.P. 03100, con un tiraje de 1000 ejemplares.

DESEO SUSCRIBIRME A LA REVISTA Y RECIBIR DURANTE UN AÑO DOS NÚMEROS SEMESTRALES



Forma de pago

- \$M.N
- Dólares americanos
- Cheque
- Depósito bancario

A nombre de INAH-CNCPBS. Núm. de cuenta 6780-8, referencia numérica 796411209, referencia alfanumérica 330015FUB74. Suc. 870 Banamex, San Ángel. Enviar a la siguiente dirección: Nautla 131-B, Col. San Nicolás Tolentino, C.P. 09850, Del. Iztapalapa, México, D.F.

Nombre o institución: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ C.P.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

País: _____ Ocupación: _____

Tel/fax (clave): _____

Correo electrónico: _____

Primer número con el cual deseo iniciar la suscripción: _____

Firma

(Sujeto a disponibilidad)



Suscripción nacional: *República Mexicana: \$230.00 M.N. Suscripción internacional: * América del Norte, Centroamérica y Caribe: USD \$45.00. *Sudamérica y Europa: USD \$65.00. * Resto del Mundo: USD \$85.00. *Precios sujetos a cambio en tarifa de correo. Tels. (55) 561 27 200 y 561 27 365, e-mail: Lic. Rosa Laura Hernández laura_hernandez@inah.gob.mx

